

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

NALÁ AYALÉN SÁNCHEZ CARAVACA

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
BÁSICA DA SAÚDE:** Uma análise a partir das
realidades do Serviço Social portenho e
florianopolitano

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Caravaca, Nalá Ayalén Sánchez

EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE : Uma análise a partir das realidades do Serviço Social portenho e florianopolitano / Nalá Ayalén Sánchez Caravaca ; orientadora, Keli Regina Dal Prá - Florianópolis, SC, 2016. 194 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço Social. 2. Exercício Profissional. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Política Social na América Latina. 5. Sistema de saúde argentino; Sistema Único de Saúde brasileiro. I. Dal Prá, Keli Regina. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Nalá Ayalén Sánchez Caravaca

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
BÁSICA DA SAÚDE:** Uma análise a partir das
realidades do Serviço Social portenho e
florianopolitano

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Keli Regina Dal Prá

Florianópolis
2016

NALÁ AYALÉN SÁNCHEZ CARAVACA

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO
BÁSICA DA SAÚDE:** Uma análise a partir das
realidades do Serviço Social portenho e
florianopolitano

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Serviço Social”, e aprovada em sua forma final pelo Programa Pós-Graduação em Serviço Social

Florianópolis, 01 de agosto de 2016

Prof.^a, Dr.^a Vania Maria Manfroi

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Keli Regina Dal Prá

Universidade Federal de Santa Catarina (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Maitena María Fidalgo

Universidad de Buenos Aires (UBA)

Prof.^a Dr. Michelly Laurita Wiese

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Krüger

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Às Trabalhadoras e os trabalhadores do Brasil,
cujo suor é o real financiador desta e todas as
pesquisas desenvolvidas em Instituições Públicas.

Ao Arnaldo. A última vez que nos vimos acordados,
reclamaste que não estarias presente na qualificação.
Te agoniava não estar, perder algo, não viver tudo ao
mesmo tempo. Achaste o jeito de estar sempre em
todos os lugares. Saudade.

AGRADECIMENTOS

Ao Jonas, saber que esse caminho todo seria transitado contando incondicionalmente com você, com o amor, a parceria e a paciência para me lembrar das próprias forças, fez com que pudesse me encontrar neste trabalho a cada vez em que o caminho ficava difuso.

A mi familia, por darme un suelo firme donde apoyar los pies y un cielo alto con alas fuertes para llegar a donde quiera.

A mis amigas y amigos de hace rato, por el cariño que no conoce de geografías ni de medios y que siempre llega, que siempre está. Por los cuestionamientos para crecer y la certeza de que se está construyendo a la par. Todo es más fácil y tiene más sentido así.

Às minhas amigas e meus amigos de por aqui. Pela acolhida, pela desconstrução de quem era, pela construção de quem sou, pelo suporte e pelo ninho que sempre me fez sentir em casa.

A Marjori, Samuel e Joana por entender tudo aquilo que não estava escrito e ajudar a traduzir a ponte que vai do peito à folha.

A cada profissional que, com seu compromisso e a generosa partilha das suas experiências, fez possível a realização desta pesquisa.

À Keli Regina Dal Prá, por me pegar forte da mão e fazer tudo tão leve. Grande parte de poder desfrutar de tudo isto teve a ver com você.

Às professoras Regina Célia Tamaso Mioto, Tânia Regina Krüger, Ana Maria Baima Cartaxo e Michelly Laurita Wiese pela leitura cuidadosa, pelos desafios apontados, pela disponibilidade e pela troca comprometida.

A Maitena Fidalgo, por la lectura cuidadosa, por la disponibilidad ante las condiciones impuestas por distancias e idiomas, por las colocaciones y los desafíos propuestos.

À Coordenadora do PPGSS-UFSC Professora Vania Maria Manfroí, pela acolhida carinhosa, pela dedicação, a escuta e a confiança.

Às professoras e professores do PPGSS-UFSC, pelas aulas e os debates fomentados e respeitados. O processo de aprendizagem só pode acontecer onde há escuta e desafio.

Às e os colegas de mestrado e os e as integrantes do NISFAPS e do NEPTQSAL, pelas trocas enriquecedoras.

Por último, mas não menos importante, ao Brasil, pela oportunidade de me formar e crescer intelectual e pessoalmente. Aos trabalhadores e às trabalhadoras da CAPES e da UFSC comprometidos com uma educação de qualidade e emancipatória. Em nome de todos vocês e no meu, um grande e firme FORA TEMER!

Son cosas chiquitas. No acaban con la pobreza, no nos sacan del subdesarrollo, no socializan los medios de producción y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá. Pero quizá desencadenen la alegría de hacer, y la traduzcan en actos. Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

(Eduardo Galeano, 1990)

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo geral analisar as características que adquire o exercício profissional de assistentes sociais na contemporaneidade a partir de experiências de atuação na Atenção Primária de Saúde (APS) nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis entre os anos 2013 e 2015. Para tanto se desenvolveu uma pesquisa qualitativa tendo como finalidade: realizar uma reconstrução histórica dos processos de configuração da política de saúde argentina e brasileira e do processo de profissionalização do serviço social nos dois países e realizar entrevistas semiestruturadas com profissionais em exercício na Ciudad Atónoma de Buenos Aires (CABA) e em Florianópolis a fim de caracterizar as particularidades da inserção e do exercício profissional dos/as assistentes sociais na APS, cenário concreto da análise para pensar o exercício cotidiano, mas que não se reduz a ele, podendo ser pensadas várias das questões aqui levantadas em diversos espaços de atuação. As semelhanças observadas ao longo da pesquisa, tanto no tocante aos processos históricos de configuração das políticas de saúde, como também do processo de profissionalização da assistência e do serviço social, quanto às formas nas quais se materializa o exercício profissional na cotidianidade, expressam não só o fato de serem realidades próximas (em termos históricos e geográficos), mas também a necessidade de questionar acerca dos obstáculos que se apresentam à categoria, tanto nos espaços socio-ocupacionais, quanto organizativos, e com eles a possibilidade de tornar coletivas as demandas relativas às próprias condições de trabalho. Nesta linha, buscou-se problematizar e desconstruir o fazer cotidiano a partir dos relatos das experiências de trabalho de assistentes sociais inseridas/os na área de APS, com base nos fundamentos teóricos que preenchem de sentido e orientação política cada estratégia desenvolvida no exercício profissional.

Palavras-chave: Exercício Profissional; Serviço Social; Atenção Primária em Saúde; Sistema de saúde argentino; Sistema Único de Saúde brasileiro; Política Social na América Latina.

RESUMEN

El siguiente estudio pretende analizar las características que adquiere el ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales en la contemporaneidad a partir de experiencias de actuación en Atención Primaria de Salud (APS) en las ciudades de Buenos Aires y Florianópolis-SC entre los años 2013 y 2015. Para ello fue desarrollada una investigación cualitativa que tuvo como finalidad la realización de una reconstrucción histórica de los procesos de configuración de la política de salud Argentina y Brasil - con énfasis en la ciudad Autónoma de Buenos Aires (ocupados) y Florianópolis/SC - Y de profesionalización del trabajo social en ambos países, como también la realización de entrevistas semi-estructuradas a profesionales en ejercicio en CABA Y Florianópolis, a fin de caracterizar las particularidades de la inserción y el ejercicio de trabajadores/as sociales en APS. Escenario concreto de análisis, pero que no la limita a éste, pudiendo considerarse cuestiones aquí planteadas en los diferentes espacios de actuación.

Las semejanzas observadas en el transcurso de esta investigación, tanto en lo que refiere al procesos históricos de configuración de las políticas de salud, como también al proceso de profesionalización de la asistencia y del Trabajo Social, como también las formas en las que se materializa el ejercicio profesional en la cotidianidad, expresan, no sólo el hecho de ser realidades próximas (en términos históricos y geográficos), sino también la necesidad de cuestionarnos acerca de los obstáculos que se le presentan a la categoría, tanto sus espacios socio-ocupacionales como en los organizacionales, y, conjuntamente, sobre las posibilidades de tornar colectivas aquellas demandas vinculadas a las condiciones de trabajo de los y las trabajadores y trabajadoras sociales.

Se buscó problematizar y deconstruir el hacer cotidiano a partir de experiencias concretas, con base en los fundamentos teóricos que dotan de sentido y orientación política cada estrategia desarrollada en el ejercicio profesional.

Palabras-Clave: Ejercicio Profesional; Trabajo Social; Atención Primaria de la Salud; Sistema de salud argentino; Sistema Único de Salud brasileiro; Política Social en América Latina.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modalidades de NASF.....	57
FIGURA 2 – Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis.....	64
FIGURA 3 – Rede de Atenção à Saúde na CABA.....	66
FIGURA 4 – Eixo 1.....	105
FIGURA 5 – Eixo 2.....	105
FIGURA 6 – Eixo 3.....	106

LISTA DE SIGLAS

ACS's	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AUGM	Asociación de Universidades Grupo Montevideo
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
CeSAC	Centro de Saúde e Ação Comunitária
CGT	Central Geral de Trabalhadores
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSF	Estratégia de Saúde da Família
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
MMAP	Modelo Médico Assistencial Privatista
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
RIOBA	Rede de Instituições de Once Balvanera Abasto

SSAM	Sistema de Serviços de Atenção Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBA	Universidad de Buenos Aires
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Legitimidade institucional – indicador: lugar designado ao Serviço Social nas equipes de trabalho em saúde 111

Tabela 2: Legitimidade institucional – indicador: grau de incidência das propostas de trabalho 113

Tabela 3: Condições de trabalho – indicadores: regime de contratação/direitos reconhecidos 116

Tabela 4: Condições de trabalho – indicadores: organização das horas de trabalho/atividades que realiza 123

Tabela 5: Condições de trabalho – indicador: número de ESF sob responsabilidade da profissional/ conformação das equipes..... 129

Tabela 6: Condições de trabalho – indicador: salário comparado a outras profissões com mesmo nível de formação 133

Tabela 7: Condições de trabalho – Indicador: Definição das condições de trabalho a partir do olhar do/a profissional 138

Tabela 8: Aproximação com os usuários – indicadores: existência espaços de atenção individual/ forma de definição e atenção das demandas/ estratégias desenvolvidas pela profissional 144

Tabela 9: Aproximação com os usuários – indicador: Participação de usuários na delimitação de demandas 148

Tabela 10: Demandas recorrentes – indicadores: Demandas recorrentes por parte dos usuários – Demandas recorrentes por parte da EFS – Demandas reconhecidas pelo/a assistente social155

Tabela 11: Obstáculos reconhecidos por o/a profissional– Indicadores: Autonomia – Respaldo Institucional – Disponibilidade de recursos para atividades (Recursos humanos, materiais e orçamentário) 161

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA	30
2.1 PRIMEIRO O PRIMEIRO: ALGUNS CONCEITOS NECESSÁRIOS.....	30
2.2 “SE HACE CAMINO AL ANDAR”	38
2.3 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ARGENTINO	46
2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	51
2.5 A ATENÇÃO BÁSICA EM BUENOS AIRES E FLORIANÓPOLIS	53
3. E O SERVIÇO SOCIAL?.....	70
3.1 REFRESCANDO A MEMÓRIA E LIANDO CABOS: PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E NA ARGENTINA	70
3.1.1 Uma necessidade do capital	71
3.1.2 O Serviço Social vai à universidade: As primeiras escolas de Serviço Social no Brasil e na Argentina	82
3.2 FALAR DE SAÚDE, ATUAR NA SAÚDE	88
3.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL E APS.....	93
4. APS EM BUENOS AIRES E FLORIANÓPOLIS: Uma aproximação a partir de experiências de trabalho.....	102
4.1 INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE	106
EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE.....	113
4.2 ABRANGÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	140
4.3 LIMITES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	156
5. CONCLUSÃO	168
6. APÊNDICES.....	182
6.1 APÊNDICE I: GUIA DE ENTREVISTA – Destinatário: assistentes sociais do NASF.....	182
6.2 APÊNDICE II: GUÍA DE ENTREVISTA – Destinatario: Trabalhador/a Social CABA	185

Entrevistas realizadas em 2013	185
Questionário Complementar – trabalhador/a social CABA	189
6.3 APÊNDICE IV: DECLARAÇÃO TRABALHADOR/A SOCIAL CABA: VIGÊNCIA DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS EM 2013.....	190
6.4 APÊNDICE V: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	191
6.5 APÊNDICE VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO	193

1. INTRODUÇÃO

A seguinte produção corresponde à dissertação de mestrado desenvolvida no programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) entre os meses de março de 2014 e junho de 2016.

Ainda que o recorte de tempo corresponda àquele transcorrido como estudante do PPGSS, o interesse pelo tema - exercício profissional do Serviço Social na área da saúde - tem sua origem em experiências pelas quais a nossa trajetória profissional e acadêmica foi transitando, assim, as inter-relações entre as experiências vividas e o desenvolvimento nos estudos durante a trajetória acadêmica representam uma co-construção constante e talvez nunca finalizada, mas em permanente aperfeiçoamento. Considerado a relevância dos fatos na construção do trabalho apresentado, se faz preciso começar esta introdução colocando resumidamente quais foram as experiências das quais aqui se fala.

Realizei a graduação em Serviço Social na Universidade de Buenos Aires, instituição que estipula para o Bacharelado em Serviço Social o cumprimento de quatro anos de prática pré-profissional. Desses quatro anos, três são direcionados à inserção em diversas instituições com a finalidade de aprender e apreender aspectos do exercício profissional. Estes anos se organizam sob a divisão em espaços sócio ocupacionais diversos, sendo que a dinâmica de trabalho se dá sob a conjunção de horas semanais em centros de prática pré-profissionais e supervisão grupal semanal na forma de oficinas, nas quais se expõem as questões vinculadas a cada experiência e se trabalha o material de apoio teórico para a abordagem das mesmas a partir das três dimensões da profissão (teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política).

No segundo ano de prática se deu a minha primeira aproximação com a área da saúde por meio da inserção no Centro de Saúde e Ação Comunitária (CeSAC) nº 11, que se vincula com ações ligadas ao atendimento ofertado no Hospital Geral de Agudos "J. M. Ramos Mejía", na Cidade de Buenos Aires - Buenos Aires – Argentina, instituição a qual permaneci vinculada desde março de 2011 até outubro de 2013.

No ano 2011 a inserção na instituição se realizou com o trabalho de coordenação de oficinas de cuidado da voz, as quais eram parte de um projeto de intervenção elaborada por uma equipe conformada por uma ginecologista, uma assistente social e um fonoaudiólogo. As mesmas eram destinadas à população trans e tinham como objetivo chegar a maior aproximação da identidade vocal dos e das participantes, propiciando a

incorporação da população aos serviços oferecidos pelo CeSAC, de onde tinham sido historicamente expulsas/as. As oficinas (que continuam em atividade na atualidade) contam com o trabalho interdisciplinar das áreas de Fonoaudiologia, Serviço Social, Medicina Geral e Ginecologia do centro de saúde. Enquanto integrante da equipe de atendimento, o trabalho específico do Serviço Social consistia na coordenação do grupo, análise e busca de demandas emergentes, acompanhamento de situações individuais e articulação com instituições para a obtenção de diferentes recursos. Todas estas atividades foram realizadas no âmbito das práticas pré-profissionais com o acompanhamento e supervisão da Assistente Social responsável pelo grupo no CeSAC, a saber, a Lic. Erika López Bahamondes.

Além dessa atividade, durante o primeiro semestre de 2011 participei da articulação entre a Rede de Instituições de Once, Balvanera e Abasto (RIOBA) e a agrupação *“Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto”*, que visava a formação e posterior abertura de *conserjerías*¹ voltadas à orientação em saúde sexual, as quais funcionariam na rede da qual o CeSAC é parte.

Ainda no ano de 2011 fui selecionada como bolsista do “Programa de Movilidad Académica Escala Estudiantil, ofertado pela AUGM (Asociación de Universidades Grupo Montevideo)”. Mediante este programa realizei um semestre de intercâmbio (2011/2) no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Das diversas experiências de intercâmbio que a mobilidade ofereceu, se incluem o contato com novas realidades e perspectivas nos espaços de formação e se salienta a possibilidade de ter participado do Programa de Educação Tutorial – Saúde da Família (PET – Saúde da Família), momento no qual se deu a minha primeira aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política de Atenção Básica brasileira.

A inserção no programa foi desenvolvida no Centro de Saúde do bairro Trindade, no município de Florianópolis, sob a supervisão da preceptora assistente social Débora Martini, em conjunto com outros bolsistas do PET – Saúde da Família, especificamente do curso de medicina. Atuamos na territorialização, mobilização e execução de 4 Fóruns de Saúde e na constituição do Conselho Local de Saúde do Centro de Saúde do Bairro Trindade.

¹ Estas são espaços de orientação, apoio e acompanhamento de usuárias e usuários e estão baseados na premissa básica de que direito à informação é inalienável aos sujeitos.

Durante o período de intercâmbio, as atividades em sala de aula e os estudos de abordagens e perspectivas de autores brasileiros conformaram a possibilidade de aprendizagens e apreensão da realidade social, econômica e histórica do Brasil – inclusive do SUS –, que comparadas com as abordagens argentinas denotam as similaridades dos processos sócio-históricos latino-americanos. Tratou-se, assim, de compreender os processos globais que influenciaram na construção dos estados nacionais, o lugar que ambos os países ocuparam na divisão internacional do trabalho e o impacto desses fatores na concepção de saúde quanto no processo atual de mercantilização de saúde pública.

A experiência acadêmica junto ao Grupo do PET – Saúde da Família configurou-se como um momento chave na definição da área da saúde como área de interesse acadêmico e profissional, desenvolvendo a partir deste momento as primeiras produções sobre a temática. Vale esclarecer que a inserção nas unidades de saúde da Cidade de Buenos Aires, durante o primeiro semestre de 2011 e da cidade de Florianópolis no segundo semestre de 2011, foram realizadas de forma integrada como parte do terceiro ano de prática pré-profissional, tendo continuidade o quarto ano de práticas quando do retorno às atividades junto ao CeSAC no ano 2012.

Nesta oportunidade, o trabalho desenvolvido no Centro de Práticas esteve voltado à atenção da demanda espontânea de Serviço Social na instituição, envolvendo atividades vinculadas ao acompanhamento de situações individuais e de saúde da família, elaboração de estudos sociais e histórias clínicas, visitas domiciliares, análise de problemáticas emergentes e articulação com a rede RIOBA. Já no ano de 2013, o vínculo com a instituição se manteve, entretanto, fora do campo acadêmico. Nesse período foram realizadas atividades orientadas à articulação do Centro de Saúde com a Rede RIOBA.

Posteriormente, em 2014, resultante das diferentes instâncias de debate e as experiências relatadas, como também da necessidade de amadurecimento e aprofundamento de reflexões na área, iniciei o mestrado em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina sob a orientação da Professora Dra. Keli Regina Dal Prá, vinculada à linha de pesquisa Direitos, Sociedade Civil e Política Social na América Latina,

Na expressa intenção de descrever o caminho realizado na área da saúde, se vislumbra a importância que esta área tem no meu desenvolvimento acadêmico e profissional, no qual tem se construído um olhar sobre a saúde como campo de atuação e reflexão. É na área da saúde

que se permite visibilizar de forma contundente as contradições capital x trabalho, sendo a atenção pública em saúde o espaço ao qual o cidadão recorre naquele momento em que (numa sociedade capitalista que define e categoriza aos sujeitos de forma focalizada e meritocrática) nada mais resta: o momento em que se vê impossibilitado de trabalhar, e portanto, impossibilitado de obter os meios de subsistência para si e para seus dependentes.

A fragilidade que apresentam os/as usuários/as ao acessar os serviços públicos de saúde se reflete diretamente nas condições de trabalho dos e das assistentes sociais, que submergidos ao atendimento das demandas de caráter urgente são requisitados institucionalmente a dar respostas imediatas. No bojo da tensão entre a urgência das demandas e a avaliação crítica das ações necessárias à resolução das problemáticas o/a profissional vivencia a complexidade da mediação, no exercício profissional, entre exercer a criticidade no desenvolvimento de suas ações e responder com agilidade os/as usuárias/os que encontram nesse espaço a última alternativa das escolhas possíveis para resolver a expressão momentânea da sua condição de saúde buscando garantir as condições necessárias à reprodução e subsistência, muitas vezes não desvelando os condicionantes dos determinantes sociais de saúde.

Assim, esta dissertação não seria a primeira instância de reflexão sobre a área de saúde e nossa inserção como profissionais, ou das contradições que dentro dela se desenvolvem. Este trabalho busca dar continuidade à pesquisa realizada no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do bacharelado em Serviço Social da Universidade de Buenos Aires – Argentina, durante o ano de 2012 e a primeira metade de 2013. Naquela oportunidade, junto com a colega e amiga Natacha Levisman, caracterizamos o trabalho que desenvolvem os/as Assistentes sociais na área da Saúde, especificamente na Atenção Primária em Saúde (APS), tomando como problema de pesquisa a tensão existente entre a característica de urgência das intervenções que tem lugar nesse nível de atenção e o trabalho comunitário como um dos eixos orientadores da lógica da APS. Duas abordagens sempre atravessadas pelas problemáticas da saúde e pela categoria de Trabalhadores dos e das Assistentes Sociais.

A pesquisa foi realizada tendo como amostra os relatos de experiência de Assistentes sociais e do pessoal hierárquico dos postos de saúde da Cidade Autônoma de Buenos Aires. O objetivo do trabalho foi tanto problematizar essa situação de tensão que caracterizava o agir cotidiano dos e das profissionais inseridos/as nos postos de saúde portenhos, quanto o levantamento e a sistematização das experiências de

trabalho na articulação da urgência que chega cotidianamente aos Centros de Saúde e as atividades concernentes à abordagem comunitária. Foi também foco do trabalho, observar quais eram as orientações desde as instituições para resolver essa problemática (e se era reconhecida como tal) e levantar as estratégias que esses e essas profissionais elaboravam para poder trabalhar de acordo, não só com os princípios da APS, mas também com os próprios pressupostos ideológicos, ético-políticos e teórico-metodológicos que sustentavam as abordagens que pudessem extrapolar a atenção imediata, individual e paliativa.

A realização daquela pesquisa, somada à participação do Programa PET – Saúde da Família no segundo semestre de 2011 experiência que incluiu entre suas atividades o estudo do SUS na sua dimensão histórica e atual -, deram lugar a inquietação que teve como resultado a realização da pesquisa que finaliza como resultado deste trabalho no PPGSS-UFSC. Neste sentido o fato de pensar esta pesquisa em Florianópolis, longe de ser casual, reflete a intenção de poder pensar a profissão para além dos limites geográficos, pensando e comparando as realidades das duas cidades como parte de um contexto mais amplo: o contexto latino-americano.

Até aqui, tem se elencado os motivos pelos quais a saúde se tornou área de interesse para a inserção desta autora no mundo da academia. Mas por que a partir do exercício profissional? Entende-se que pensar o exercício profissional faz parte da construção de uma profissão crítica, que vise à emancipação humana. Esta tarefa tem sido objeto de produções teóricas no Serviço Social latino-americano ao longo da sua história, por reconhece-lo como um dos eixos constitutivos da problematização da profissão.

Ao mesmo tempo, a entrada ao novo milênio traz consigo um auge do “latino-americano” como categoria, um momento histórico onde não há brecha para desconhecer o grande esforço para fortalecer alianças entre os Estados latino-americanos, o que tem acontecido através dos acordos entre os governos e governantes, como também entre movimentos sociais, partidos políticos e outras instâncias de militância e construção política, além dos espaços acadêmicos de construção do conhecimento e de produção artística. Também não há dúvida do afastamento que tem tido, especificamente os governos, com aquelas ideias originais de emancipação da região priorizando acordos econômicos entre os países latino-americanos, mas sempre no marco de uma organização geopolítica que tem fortalecido o mercado internacional por sobre os interesses dos trabalhadores e das trabalhadoras da região.

Neste cenário, o Serviço Social adota a categoria América Latina para tomá-la como eixo de análise, muitas vezes retomando sem grandes diferenciações os escritos elaborados pelas diferentes referências teóricas e políticas do Movimento de Reconceituação, muitas outras para ressignificá-las desde lógicas que distam da que tem se reconhecido na produção regional como alinhamento hegemônico, quero dizer da referência de um Serviço Social que funda suas bases teórico-metodológicas no Marxismo.

Desta forma, numa tentativa de retomar a discussão sobre as características que adquire o Serviço Social no espaço político e sócio-geográfico latino-americano, consideramos necessário não só atualizar as expressões das formas de reconhecer, definir e intervir nos problemas sociais como manifestações da questão social que emergem diante de nós, mas também contextualizar de que maneira as estratégias de atuação tem se modificado num movimento que repercute as transformações sofridas pela Política Social (entendida não como campo específico e único da atuação profissional, mas como aquele que absorve em maior medida a inserção dos e das profissionais).

Nesta linha, se observa a necessidade de voltar, de realizar um exercício de retomada da análise e caracterização da forma que essa conjuntura se expressa no cotidiano profissional e no exercício profissional dos e das Assistentes Sociais, para posteriormente contar com as ferramentas necessárias para pensar o Serviço Social latino-americano como categoria, identificando os processos que têm se fortalecido e as contradições que possam ter se aprofundado.

Para isto, retornamos o foco da atenção ao espaço micro, no qual pudemos transitar e estar em contato com as expressões cotidianas das sínteses do processo de reprodução social. Através do recorte eleito, buscamos de maneira objetiva apresentar as relações entre as configurações da política social na América-Latina e seus rebatimentos no exercício profissional, considerando as continuidades e especificidades encontradas por profissionais de Serviço Social da Argentina e do Brasil.

Reafirmamos que as expressões cotidianas das problemáticas enfrentadas no exercício profissional do Serviço Social na área da saúde na Argentina e no Brasil mantêm intrínsecos pontos consonantes, isto por dois motivos: em primeiro lugar pelas características semelhantes, tanto no surgimento, quanto na materialização dos sistemas de saúde de ambos países (como não poderia ser de outra maneira, dadas as características econômicas, sociais e políticas da região, as que remontam à sua história

e, portanto, à sua contemporaneidade), e por outra parte, pela riqueza que oferece a maneira com que se desenvolve o exercício profissional na área da saúde.

Dadas as características que assume o nível de atenção básica, - nas quais se permite diversas estratégias de ação, visadas à transcender a emergência, planejar a longo prazo e potencializar uma abordagem comunitária -, este apresenta o espaço profícuo para um processo reflexivo que inclua os fatores até aqui levantados.

Estes pontos de encontro devem ser observados de igual maneira nos processos de profissionalização do Serviço Social no qual se vê a possibilidade de estabelecer um fio condutor que dê conta do vivido e produzido no Brasil e na Argentina, e claro, a maneira com que este processo se articula conforme o exposto nos parágrafos anteriores. Considera-se assim, que a profissão surge e se desenvolve como espaço destinado ao controle social e a uma explicação e operacionalização de um mundo que devia adaptar-se às necessidades da sedimentação das relações de produção capitalistas na América Latina.

Depreende-se que as particularidades da Questão Social na América-Latina, bem como as similaridades dos processos sociais e a existência de instituições regionais incidentes nas políticas de desenvolvimento e sedimentação das relações capitalistas de produção, caracterizaram uma base comum de emergência da profissionalização do Serviço Social. Na divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social é requisitado a promover formas de sobrevivência e reprodução da classe trabalhadora, exercendo, em nome do Estado, um controle social sobre a conduta e condições de vida da população atendida. Tanto no Brasil, quanto na Argentina, tais processos encontram diversos pontos de encontro no tempo e nas ações.

É assim que se constitui como objetivo geral desta pesquisa analisar as características que adquirem o exercício profissional dos/as Assistentes sociais na contemporaneidade a partir de experiências de atuação na Atenção Primária de Saúde (APS) nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis entre os anos 2013 e 2015, sendo os objetivos específicos:

- Realizar uma reconstrução do processo histórico de configuração da política de saúde no Brasil e na Argentina;
- Estabelecer um paralelo do processo histórico de configuração da política de saúde no Brasil e na Argentina com o processo de profissionalização do Serviço Social nos dois países;

- Analisar de que maneira as conformações históricas da política de saúde e do Serviço Social se expressam hoje nos profissionais e seu exercício profissional na realidade Florianopolitana e Portenha.

A pesquisa desenvolvida para desvendar os objetivos apresentados é de corte qualitativo, na qual buscou-se compreender os processos históricos e conjunturais que configuraram a Política Social de saúde nos dois países e a forma que estes moldaram o cotidiano do exercício profissional dos/as Assistentes Sociais, como também de que maneira se construiu e se constrói sua inserção na área, para finalmente chegar às construções teóricas, ideias, elaborações do produto da experiência no exercício profissional e interpretações da realidade e das problemáticas que constituem o objeto de estudo.

Seguiu-se neste trabalho, a premissa definida por Marx no livro “A Miséria da Filosofia”:

Os mesmos homens que estabeleceram as relações sociais de acordo com a sua produtividade material produzem, também, os princípios, as ideias, as categorias de acordo com suas relações sociais. Assim essas ideias, essas categorias são tão pouco eternas quanto as relações que exprimem. Elas são produtos históricos e transitórios (MARX, 2009, p.126).

Desta forma, se bem ao longo da apresentação dos resultados poderão ser observados aspectos expostos em forma de comparação, esta não é uma pesquisa comparativa e esse não é seu objetivo. Reitera-se a necessidade de dar um passo atrás nas discussões predominantes sobre exercício profissional -sim, um passo atrás, pois as vezes é necessário retroceder para poder avançar- e voltar a olhar para a categoria. Especificamente caracterizar o exercício profissional num recorte de espaço e tempo definidos com o intuito de observar as relações manifestas no fazer cotidiano, nas condições de trabalho dos e das profissionais. Assim, este estudo buscou apresentar esta realidade, caracteriza-la e trazê-la aos e às leitores e leitoras articulando análises da autora, diálogo com os e as autores citados ao longo do trabalho e com os e as protagonistas desta pesquisa: assistentes sociais em exercício na atenção básica na Cidade Autônoma de Buenos Aires e Florianópolis. Em relação às técnicas de coleta de dados, as informações necessárias para dar conta das unidades de análise foram obtidas por meio de três instrumentos: levantamento bibliográfico, entrevistas semiestruturadas realizadas com

Assistentes sociais da cidade de Florianópolis/SC – Brasil; e a recuperação de entrevistas realizadas durante o ano 2013, no marco do Trabalho de Conclusão de Curso do Bacharelado em Serviço Social da Universidade de Buenos Aires, com Assistentes sociais dos CeSACs da cidade de Buenos Aires e a realização de um questionário digital destinado a estas profissionais². Nesse sentido, entende-se que a entrevista deve ser pensada como

la instancia que articula la concepción de la acción con su operación, abarcando el momento de la evaluación, construyéndose a partir de las finalidades de la acción que se va a desarrollar y de los determinantes políticos, sociales e institucionales [...] las características que el mismo adquiriera dependerán tanto de la concepción que guíe dicho proceso como de la correlación de fuerzas vigente en el contexto en el cual se produce (OLIVA; MALLARDI, s.n.t, p. 46).

A realização das entrevistas semiestruturadas foi orientada por meio de guias de entrevistas previamente elaboradas. Com respeito à amostra, foram entrevistados/as Assistentes sociais das duas cidades.

No caso de Florianópolis, pretendia-se entrevistar a totalidade Assistentes sociais que realizam seu exercício no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por ser o único dispositivo dentro da rede de atenção básica que possui Assistentes sociais como parte da equipe de profissionais. Das cinco profissionais que compõem a totalidade de Assistentes sociais do NASF, foi possível entrevistar quatro. As entrevistas realizadas foram transcritas e enviadas às profissionais para ratificação do conteúdo, a fim de constatar a fidelidade da transcrição e os critérios de anonimato.

Para o caso da Cidade de Buenos Aires, os dados utilizados são produto de uma pesquisa realizada no ano 2013 entrevistaram-na qual foram entrevistadas cinco Assistentes sociais de cinco CeSACs correspondentes a duas das quatro regiões sanitárias que compreende a CABA (LEVISMÁN; SÁNCHEZ CARAVACA, 2013). O método utilizado naquele momento para a coleta de dados foi o de saturação, tendo em conta que a cidade de Buenos Aires conta com no mínimo um

² As guias de entrevista utilizadas em 2013 e 2016 e o questionário enviado a profissionais se encontram nos apêndices deste trabalho.

Assistente Social por unidade de atenção básica, tendo um total de 40 centros de saúde.

Desses cinco profissionais foram escolhidos três, respondendo ao critério de Informantes Chave, entendendo qualitativamente que sua trajetória na área, somada à configuração que conforma seu local de trabalho – em termos do grau de apoio institucional na tomada de decisões e lineamentos de trabalhos das equipes das que faz parte- poderia fornecer informações chave para a compreensão e caracterização do exercício profissional na área de saúde na cidade de Buenos Aires.

À estas três profissionais foram reenviadas as entrevistas realizadas em 2013, para cada qual se solicitou uma releitura a fim de confirmar se os dados fornecidos naquele momento mantêm vigência até hoje, além de um questionário que acrescenta questões que não tinham sido perguntadas em 2013, mas que faziam parte do guia de entrevistas realizadas às profissionais de Florianópolis.

Dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas, no questionário enviado³ e no levantamento bibliográfico, se desprende a análise em profundidade a fim de caracterizar a forma com que se produzem os encontros e as divergências nas formas que adquire o exercício profissional nas duas cidades.

Finalmente, as análises empreendidas nesta dissertação foram elaboradas, principalmente, a partir dos resultados produzidos pela pesquisa de campo. O texto expressa o processo de aprendizagem e construção de conhecimento articulando os resultados de pesquisa e as análises históricas, políticas e teóricas como segue: na primeira seção se buscou construir uma caracterização do processo histórico que deu lugar às atuais configurações dos sistemas de saúde Argentino e Brasileiro, procurando estabelecer uma linha argumentativa que dê conta de caracterizar os pontos de encontro e as divergências dos processos de cada país. Se pretendeu estabelecer um percurso que comece com o modelo de saúde vigente no processo de instauração do Estado Nação, concomitante com a incorporação dos dois países ao mercado mundial, ou seja, ao capitalismo mundial. A partir daqui se colocaram as diferentes transformações que esse incipiente sistema foi atravessando, passando do higienismo, para uma tentativa de universalização do sistema a meados do século XX, cortada abruptamente e esvaziada pelos períodos de intermitência entre democracias e ditaduras, até chegar na configuração atual do Seguro Nacional de Saúde, no caso Argentino e no SUS, no caso

³ As guias de entrevistas, o questionário utilizado, e os modelos de Consentimento Informado se encontram no apêndice deste trabalho.

Brasileiro. Por último se apresenta uma caracterização do sistema de saúde nas duas cidades escolhidas para a realização da pesquisa

A segunda seção expõe um novo eixo de análise, no qual a linha argumental explicita as particularidades da inserção e do exercício profissional dos/as Assistentes sociais na área da saúde. Para isto, será realizada uma breve descrição dos processos históricos que conformam a profissionalização do Serviço Social, num esforço de recuperar as origens que pré-desenharam o caminho de rupturas e reconfigurações no interior da categoria profissional até chegarmos às características que revestem a forma atual do exercício profissional. Neste sentido, será realizada uma caracterização da maneira em que se configuram as APS em Buenos Aires e em Florianópolis e a maneira que se apresenta a inserção dos/as Assistentes sociais nesta área. Pretende-se neste capítulo estabelecer uma aproximação não só com o campo onde a pesquisa vai ser desenvolvida, como também com os sujeitos protagonistas da mesma. Tal e como no capítulo anterior, se buscará sempre estabelecer uma linha de pensamento que possa caracterizar de maneira explícita os pontos de encontro e divergência das realidades apresentadas, sem perder de vista o contexto local de cada uma.

Já no terceiro capítulo é realizada uma análise das informações levantadas em campo e uma formulação das conclusões estabelecidas a partir da pesquisa. Se retoma a questão colocada como problema objeto da pesquisa. Busca-se apresentar aqui a voz dos/das entrevistados/as e uma análise em profundidade como contributo teórico e político deste trabalho. Neste sentido, a análise foi realizada em função de três eixos: inserção profissional na área da saúde, abrangência e limites da atuação profissional. Cada eixo apresenta as falas das entrevistas realizadas por meio de tabelas que foram divididas em sub-eijos conforme os quadros que poderão ser consultados nas páginas 102 e 103 (ver figuras 4, 5 e 6).

Desta maneira, poderia se entender a apresentação desta produção acadêmica como concluída, mas uma última instância precisa ser desenvolvida, pois ela fala da coluna vertebral deste trabalho e o maior desafio que este processo de aprendizagem tem apresentado.

O mesmo não reside na elaboração do objeto, também não na opção metodológica. Se bem a realização estudo de realidades próximas - próximas não só em sentido geográfico e de processo histórico, como também no sentido de proximidade de envolvimento identitário e militante -, o compromisso com essas realidades, o sentir essas realidades como próprias, como definidoras de quem sou, foram aspectos que requereram muito trabalho, leitura e a tentativa de um afastamento (não

para sair dele e sim para tentar olhar de uma distância que permitisse a idoneidade da análise) essa não foi a maior afronta.

A questão central, aquela que responsabilizo pela perda do sono – e muitas vezes da calma diurna- se encontra na escolha, na resposta de uma pergunta só para quem? Decidir para quem escrever requereu um posicionamento firme da minha parte para comigo mesma, pois essa escolha teria que ser levada adiante com consciência, compromisso e qualidade. O “para quem” tinha dois grupos bem diferenciados: a academia e os/as trabalhadores/as em exercício. E essa divisão nem tinha sido colocada por mim, ela estava aí, posta.

Nesse cenário, eu poderia escrever para um ou outro, pois mesmo me re-convencendo e lembrando que essa divisão é nefasta e que só contribui para legitimar a dicotomia entre teoria e prática, que aumenta a brecha que distancia a universidade dos locais de trabalho; mesmo reconhecendo a (e reconhecendo-me na) luta pela ampliação do acesso à universidade, mas também da necessidade da universidade de transcender seus muros e chegar na comunidade –a comunidade como espaço de disputas, lar dos usuários e território de trabalho dos e das profissionais- colocando-se à disposição da classe trabalhadora. Mesmo tendo plena ciência de tudo isso, aquela ciência não tirava *per se* uma realidade posta: mesmo com todo o trabalho feito e por fazer, a universidade ainda não conseguiu transpassar seus muros e o mundo do trabalho só tem aumentado as condições concretas de exploração de trabalhadores e trabalhadoras, impossibilitando -ou no mínimo dificultando em níveis absurdos - o acesso a questionamentos teóricos da realidade concreta.

A resposta que encontrei numa longa caminhada - acompanhada e enriquecida por olhares pares, olhares bem mais sábios que o meu próprio, olhares da experiência acumulada de pessoas com anos de produção de conhecimento ou da própria experiência andada- foi que, diante um cenário que apresenta duas opções como irreconciliáveis, o único caminho possível é buscar uma terceira possibilidade, uma que inclua e unifique aquelas duas. Se a escrita acadêmica tinha como características predominantes o uso amplo de categorias e um exercício de complexificação e crítica dos fenômenos presentes na realidade social, e o espaço fora dela era reconhecido como mais laxo, menos formal, e, portanto, menos complexo, era então preciso romper com o enyesamento acadêmico e colocar a voz dos e das protagonistas no escrito. Isto requereu um exercício de exposição das falas dos e das profissionais, acompanhando-as de um ato reflexivo que as complementasse, sem negar

os embasamentos, argumentos e questionamentos por trás das declarações de cada entrevistado e entrevistada.

Claro está que todo o anterior não significa que o desafio tenha sido superado. A conversa que pretendo elaborar aqui representa uma tentativa de rompimento com limitações próprias e históricas. As próprias vinculadas à língua recentemente apreendida, à formação acadêmica que me ensinou a “escrever bonito”, mas também às históricas que tem tentado fazer da academia um espaço por excelência, de elitização do conhecimento, de definição de quem pode saber e de quem deve acreditar. E no reconhecimento das limitações e dos desejos que começa a trilha pela busca da conjunção do aprendizado acadêmico com a realização prática das opções político-ideológicas, desde cada um dos espaços dos quais faço parte.

2. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA

2.1 PRIMEIRO O PRIMEIRO: ALGUNS CONCEITOS NECESSÁRIOS

Para falar do Serviço Social no campo específico da política de saúde nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis e ainda mais se considerado um recorte tão específico como o da APS, é preciso colocar como ponto de partida dois conceitos: do que falamos quando falamos de Política Social (entendendo a política de saúde como parte desta); e em que momento histórico, que configuração societária e conjuntural esta política se enquadra. Pois, é objetivo deste exercício reflexivo, entender o processo de constituição histórico que dá lugar à política de saúde, para posteriormente caracterizá-la e ter ferramentas para reconhecer e problematizar as estratégias que cotidianamente os e as Assistentes Sociais desenvolvem no seu exercício profissional.

Acontece que o terreno no qual se delineiam estas políticas não é inocente e aleatório. Trata-se do terreno de predominância das premissas de imortalidade do capitalismo e do mercado como organizadores da sociedade, ideias que atravessam a quase totalidade de sujeitos sociais. Considera-se, dessa forma, que é momento de pensar como isso repercute no agir cotidiano na nossa condição de profissionais. Longe de entender que a Política Social seja o único campo possível de atuação profissional, é de grande importância analisar o que entendemos por ela e, a partir daí, se realmente ela é capaz de garantir algum tipo de mudança e transformação social.

A necessidade de pensar a Política Social radica no fato de que é nela que se materializam os direitos formais do Estado Moderno Capitalista. É nela onde confluem as lutas por aquilo que provém a manutenção e reprodução da classe trabalhadora. É a Política Social um dos espaços no qual a luta de classes se evidencia de forma gritante (só precisamos ligar o Jornal Nacional cada vez que uma temerosa tentativa de paliativo para as dores da classe trabalhadora é anunciada – e que fique claro, anunciada, nem sequer aplicada – para ter uma noção da desmensurada reação dos detentores do capital brasileiro).

Nesta linha, opta-se aqui pela definição de Política Social apresentada por Danani (1996, p.11) que a localizando como parte das intervenções sociais do Estado (junto com a política econômica) a entende como *Aquellas específicas intervenciones del Estado que producen y modelan directamente las condiciones de vida y reproducción de la vida*

de distintos sectores y grupos sociales (...) que operan en la distribución secundaria del ingreso. Assim, a autora afirma que não é questão menor o fato de que a distribuição secundária de renda tenha como característica fundamental o fato de que só exista mediante da mediação estatal e que, logo, olhar e definir Política Social *nos coloca frente a un momento inmediatamente político del proceso de distribución (y por tanto de acumulación)* (DANANI, 2009, p.32).

Note-se aqui o argumento central levantado neste trabalho no que diz respeito à plausibilidade da transformação social via Política Social: não existe pressuposto que possa servir de argumento para essa ideia. A suposta possibilidade de transformação social via Política Social tem como ferramenta algo que na sua própria definição se estabelece como o que vem a suprir aquilo que fica por fora do salário, o que acaba por mistificar a centralidade do trabalho assalariado na reprodução ampliada da classe trabalhadora.

Veja, encontra-se aí a porta de entrada para um absurdo lógico. Aquela Política Social que é apresentada como a forma mais próxima de justiça, se sustenta na condição intrínseca de que, para a grande maioria da população, a única forma possível de obter os meios de subsistência é por meio da venda da força de trabalho. E ainda mais, que essa realidade é para quem não tem mais nada para vender além de si mesmo, mas que – se isso não fosse suficiente para gritar o absurdo – o mercado, onde aconteceria este intercâmbio de forma livre e auto-regulada, apresenta algumas falhas e que as mesmas devem ser corrigidas pelo Estado.

Depois disto, a leitora ou leitor poderia me alertar: mas então, por que ela existe? Isso não levaria ao próprio sistema argumentar que o capitalismo é falho? Não seria isso argumentar contra si mesmo?

Pois bem, embora o tema esteja extrema e substancialmente discutido na produção do Serviço Social brasileiro, ficará a critério do leitor ou da leitora optar por aquela explicação que mais se enquadra nos próprios parâmetros teóricos, éticos e políticos. Mesmo assim, uma coisa que deve ficar clara é que o capitalismo não é um sujeito que planeja maquiavelicamente contra os trabalhadores. É um sistema, uma forma de organização societária e, como tal, se apresenta a nós em forma de relação social e, portanto, terreno de disputas.

O que pode parecer uma obviedade, se não explicitado, pode levar a uma interpretação linear dos argumentos apresentados e ainda por se apresentar. Mas, retomando, por ser uma relação social, o sistema capitalista e todas suas expressões, se apresentam desta maneira e dão lugar à velha e conhecida contradição capital-trabalho e à sua inimiga

mortal, a luta de classes, o que nos leva a voltar ao nosso caminho explicativo.

Danani (1996) ao se referir à Política Social, a define como uma intervenção especificamente estatal, portanto, a discussão sobre Política Social ou política pública, não será aqui levantada e sim num outro momento em que possamos dar o espaço que esta discussão merece. Reiteramos que ao falar da Política Social, estamos falando de um tipo de intervenção social do Estado. Mas de que Estado falamos?

Adota-se aqui, a definição apresentada por Engels em “Estado, Família e Propriedade Privada”, e retomada por Lenin em “o Estado e a Revolução” como:

El Estado -- dice Engels, resumiendo su análisis histórico -- no es, en modo alguno, un Poder impuesto desde fuera a la sociedad; ni es tampoco 'la realidad de la idea moral', 'la imagen y la realidad de la razón', como afirma Hegel. El Estado es, más bien, un producto de la sociedad al llegar a una determinada fase de desarrollo; es la confesión de que esta sociedad se ha enredado con sigo misma en una contradicción insoluble, se ha dividido en antagonismos irreconciliables, que ella es impotente para conjurar. Y para que estos antagonismos, estas clases con intereses económicos en pugna, no se devoren a sí mismas y no devoren a la sociedad en una lucha estéril, para eso hízose necesario un Poder situado, aparentemente, por encima de la sociedad y llamado a amortiguar el conflicto, a mantenerlo dentro de los límites del 'orden'. Y este Poder, que brota de la sociedad, pero que se coloca por encima de ella y que se divorcia cada vez más de ella, es el Estado (LENIN, 2006, p.12).

Neste sentido, e continuando com a linha argumentativa de Danani (1996), cada Política Social traz consigo uma definição de trabalho, de necessidade e de relação entre o público e o privado, no entendimento de que a distribuição secundária da renda operará para garantir aquelas necessidades que, reconhecidas pela sociedade, não são contempladas e não estão associadas, nas palavras de Topalov (1979) ao salário. O que, o quanto e o como das políticas sociais será resultado do que se defina como necessidade, da separação entre as que devem ser contempladas no salário

e das que, sendo elementares, mas sem ser supridas pelo mercado, serão garantidas pelo Estado.

Sobre a intervenção estatal na garantia das condições de reprodução ampliada da produção e reprodução, vale ressaltar que:

La urbanización capitalista es una forma de socialización de las fuerzas productivas; crea las condiciones generales, socializadas, de la reproducción ampliada del capital. Esas condiciones generales conciernen por una parte a la producción y circulación del valor, y, por otra, a la reproducción de lo que crea el valor: la fuerza de trabajo. [...] Para la ideología dominante, los equipamientos de consumo y las rentas de transferencia no plantean mayores problemas. Hoy en día, es totalmente natural que el Estado intervenga para proporcionar a la población escuelas, viviendas sociales, hospitales, seguros de enfermedad o de vejez - por lo menos en todos los casos en que la iniciativa privada no logra hacerlo ella misma. Por consiguiente, el Estado constata las carencias del libre juego del mercado, mide las necesidades que se desprenden de él, establece normas de equipamientos y, progresivamente, las realiza en beneficio de todos, especialmente de los más desfavorecidos (TOPALOV, 1979, p.22-23).

Então, a definição de quê e como será a política pública, deve pensar-se no marco de uma relação entre sujeitos, referindo-se a um processo amplo e em movimento que dá conta das relações tensas e conflituosas entre sujeitos e dos interesses contraditórios que os movem. Tal processo, Pastorini (2000) sintetiza na fórmula demanda - luta - negociação – concessão. Partindo das necessidades do sujeito:

parte de las cuales se transformarán en demandas que serán reivindicadas frente a los organismos e instancias competentes valiéndose de las movilizaciones y presiones de los sectores interesados, construyendo de esa forma, verdaderas luchas de clase [...] conduce a una instancia de negociación, momento en el cual cada una de las partes obtiene ganancias y pérdidas (PASTORINI, 2000, p.228).

Assim, pensando no Estado como o resultante de relações sociais capitalistas nos direitos como a materialização da igualdade formal do Estado moderno e a Política Social como aquela ferramenta que vêm para manter viva a classe trabalhadora e reconhecer aquelas necessidades que não são reconhecidas como parte do salário⁴, as estratégias de intervenção elaboradas nesta área requerem a reflexão constante acerca dos limites e possibilidades que representa cada luta que se leva adiante.

Reitera-se o entendimento de que a Política Social é uma intervenção especificamente estatal que nos força a pensar de que momento histórico está se falando e de que lugar no mundo, pois, claro está que se partimos do entendimento de que no sistema capitalista a distribuição do capital não se caracteriza por ser equitativa e igual, tampouco podem sê-lo os processos que se desenvolvem no mundo capitalista, resultando que esse capital é apropriado mediante exploração do trabalho e acumulação que por incidência nos processos de valorização, acabam por incorrer em concentração e centralização do capital (MARX, 2013). Nestes movimentos em que se monopolizam os meios de produção e se modifica a distribuição dos capitais, cada país é o reflexo do lugar que ocupa da divisão internacional do trabalho sendo que a Política Social acaba por refletir as condições de produção e acumulação da riqueza. Assim, nas nossas geografias, além de se plasmarem as expressões da propriedade privada do Capital, nos resta o movimento de adaptação dos sujeitos às necessidades do capital central. Ou, como Ruy Mauro Marini nos advertia em 1973:

O que importa considerar aqui é que as funções que cumpre a América Latina na economia capitalista mundial transcendem a mera resposta aos requisitos físicos induzidos pela acumulação nos países industriais. Mais além de facilitar o crescimento quantitativo destes, a participação da América Latina no mercado mundial contribuirá para que o eixo da acumulação na economia industrial se desloque da produção de mais-valia absoluta para a de mais-valia relativa, ou seja, que a acumulação passe a depender mais do aumento

⁴E, portanto, como expressão do tempo socialmente necessário para a reprodução dos trabalhadores e das trabalhadoras, mas num reconhecimento que envolve necessariamente a disputa por ele, pois a própria ideia de necessidade é socialmente constituída e objeto de lutas.

da capacidade produtiva do trabalho do que simplesmente da exploração do trabalhador. No entanto, o desenvolvimento da produção latino-americana, que permite à região coadjuvar com essa mudança qualitativa nos países centrais, dar-se-á fundamentalmente com uma maior exploração do trabalhador. É esse caráter contraditório da dependência latino-americana. (MARINI, 2005, p.144)

Se nada podemos decidir sobre o que se produz, menos ainda teremos domínio absoluto sobre como viverá a força de trabalho, a qual não podemos esquecer, se encontra em homens e mulheres de carne e osso⁵. Voltamos então ao raciocínio anterior: o que não estiver contemplado no salário será obtido por meio de intervenções do Estado determinadas na configuração da Política Social, e esta se desenhará de uma maneira específica em cada momento histórico. Resta ainda dizer de que momento falamos para continuar com nossa linha de pensamento. Pois bem, falamos da forma que adquiriu a Política Social na reforma do Estado a partir de 1970 com sua consolidação na década de 1990 na América Latina, e mais especificamente, das características atuais que configuram a atualmente a expressão contemporânea do processo de reforma do Estado.

Mas para chegar até essas expressões, antes de mais nada, é preciso relembrar como se chegou à configuração da Política Social do novo século, e para isso deveremos fazer uma curta viagem para o capitalismo central. Retomada dos aspectos desta no capitalismo central.

Em 1970, a grande crise do capital, lembrada muitas vezes de forma sintética como “A Crise do Petróleo” viria a modificar estruturalmente as noções de intervenção estatal. Caracterizada como uma crise financeira e do comércio internacional, esta apresentava características irreconciliáveis com o até então reivindicado *Welfare State* e com as políticas econômicas de corte keynesiano. Num contexto caracterizado pelo crescimento desmesurado da inflação e pelo baixo crescimento econômico, sucedeu-se que a manutenção do pleno emprego

⁵ No Livro I do Capital, ao se referir ao processo de “compra e venda de força de trabalho”, Marx explicita: “Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo [*Inbegriff*] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [*Leiblichkeit*], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo” (MARX, 2013, p.242).

e a garantia de uma renda mínima bancada pelo Estado que mobilizasse a economia, em um claro momento de estancamento econômico, somado ao aumento da dívida externa, deixaram de ser uma possibilidade.

Isso, traduzido ao cotidiano das nossas geografias, o que teríamos aqui experimentado seria um belisco, uma tentativa de transposição do modelo de bem-estar europeu, que pouco ou nada durou, já que para na época mencionada, reinavam por estes lados ditaduras das mais sanguinárias e ortodoxas da nossa história como latino-americanos. Em 1970, a operação condor estava em pleno desenvolvimento e impondo o neoliberalismo àqueles países que ousaram conquistar, via luta dos trabalhadores e trabalhadoras organizados/as, direitos que impactaram diretamente na sua reprodução⁶.

Ainda mais, as ações pensadas para sair desse poço inflacionário de decrescimento econômico não seriam equivalentes para as economias centrais e para as nossas. Enquanto a emissão de dólares e o empréstimo a taxas mínimas (que seriam renegociadas posteriormente com a cumplicidade dos governos ditatoriais na América Latina) era a saída mais conveniente para os países centrais, o aumento da dívida externa era a possibilidade única de sair (ou entrar mais, coisa que viríamos a saber depois) do estancamento. Em palavras de Marini: *A consequência da dependência não pode ser, portanto, nada mais do que a maior dependência, e sua superação supõe necessariamente a supressão das relações de produção nela envolvidas* (MARINI, 2005, p.141).

O resultado foi evidente: o Estado devia reestruturar-se. Todos da mesma forma? Não, com consequências sociais mais agravadas para os que dependiam de outros para solidificar suas economias, impactando diretamente na possibilidade de sobrevivência da classe trabalhadora. Situação que se aprofundaria nos anos subsequentes naqueles países, que endividados até o afogamento, deveriam entregar todos os direitos conquistados até então em troca de mais dinheiro emprestado. A grande armadilha teve nome e sobrenome: Consenso de Washington. Nele seriam especificadas uma por uma as medidas elaboradas por entidades internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) para sair desse difícil momento para o capital internacional.

Com nuances particularizados, segundo Soares, o modelo de gerenciamento da crise do capitalismo foi tensionado a partir do

⁶ Não sendo objeto deste trabalho a análise da forma em que teve lugar o estado de bem estar na América Latina, recomenda-se a leitura de Silva (2014). -

modelo neoliberal que propõe para a América Latina a liberalização comercial e financeira a todo custo, [que] entra em aberta contradição com o intenso neoproteccionismo nos países centrais. Na realidade, esse modelo de caráter monetarista se reduz à instalação de políticas macroeconômicas que tem por objetivo restabelecer o equilíbrio da balança de pagamentos (para pagar a dívida externa e as importações) e controlar a inflação através de medidas recessivas (SOARES, 2009, p.15).

A finalidade, segundo Mota (1995), era a recomposição do processo global de acumulação, implicando necessariamente *uma reordenação geoeconômica das fases do ciclo global*. O que significa isso para nós? Ajuste.

Um novo dimensionamento das funções do Estado (novo no sentido antes mencionado como distinto e não como novidade) e com ele novas determinações no entendimento de necessidade e de pobreza. Socialmente o que se delineia é o reforço da meritocracia em substituição do direito adquirido e da pobreza associada unicamente a exclusão, ou seja, a aqueles que ficaram fora do mercado e que simplesmente não poderiam deixar-se morrer (não de maneira evidente), restando para estes, o limite mais extremo da subsistência expressada na operacionalização de políticas de corte corretivo, extremamente focalizadas e particularizadas. O sujeito individual é mais do que nunca responsável pela sua própria sobrevivência. O “fracasso” do Estado de Bem-Estar nos deixou claro que de nada serve o que não se conquista com suor, suor de trabalho mal pago, suor de fome e de “dignidade de quem trabalha”. Pois bem, esse Estado de Bem-Estar tem que sair do cenário, abrindo passo a uma fórmula imbatível: assistência para quem merece, trabalho para quem pode, esquecimento para quem sobra. É esta fórmula que, matizada por governos populistas, tem orientado a formulação de políticas sociais na América Latina até os dias atuais⁷.

⁷ Não corresponde com o intuito deste trabalho deixar a ideia implícita de que as políticas e os alinhamentos políticos da década de 1990, no auge da reforma do Estado, são as mesmas, sem nenhum tipo de diferenciação com as implementadas pelos governos populistas após 2001 nos dois países (Argentina e Brasil), cabe ressaltar que se parte aqui de que características como a focalização e fragmentação da assistência nas suas diferentes áreas, se mantém até os dias de hoje.

2.2 “SE HACE CAMINO AL ANDAR”

Para poder entender o hoje da manifestação contemporânea de alguma coisa, precisa-se entender em primeira instância o caminho percorrido por “a coisa” (KOSIK, 1970) nos moldes em que foi definida anteriormente. Desta forma, partimos do entendimento de que só a compreensão do processo histórico que dá lugar à política de saúde e ao Serviço Social como profissão pode nos fornecer o alicerce necessário para pensar como esta se configura na atualidade. É por isto que, antes de começar a desenvolver o hoje, vamos pensar o ontem. Busca-se neste ponto, estabelecer uma trilha, e no caminho através dela dar conta das diferentes formas em que foi entendida tanto a saúde como conceito, quanto o modelo de intervenção estatal que daria conta de atender essa forma de definir a saúde e as formas que adquiriu o exercício profissional nesses contextos, por tanto, quais foram as responsabilidades do Estado e o lugar que ocupou a categoria em cada momento histórico.

Neste caminho serão levados de mãos dadas: o processo brasileiro e o argentino, tentando explicitar os pontos de encontro e as divergências em cada país. Entende-se, como foi colocado anteriormente, que tanto Argentina, quanto Brasil ocupam um lugar determinado na economia capitalista mundial (MARINI, 2005) e por tanto, sua história conta com mais semelhanças do que diferenças. As formas em que a abordagem da saúde por parte do Estado foi sendo estabelecida e a inserção do Serviço Social nesta área, como também as estratégias de intervenção predominantes em cada época, não fogem deste fato.

Esclarecida a forma de abordagem, daremos então, início ao percurso. Começamos pela saúde, que nas nossas geografias se apresenta como uma problemática pública, ou seja, como responsabilidade do Estado já nos primórdios dos Estados-Nação. No século XIX nos encontramos como países inseridos no capital internacional de forma subsidiária aos países centrais. Nossas economias encontravam a sua fonte de lucro na agroexportação e a medicina se colocava como uma disciplina auxiliar do processo de inserção no capitalismo mundial (TORRADO, 2007; MENDES, 1995; ESCOREL, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Neste contexto, a necessidade de uma atenção pública na área da saúde (entendida somente como ausência de doença) passava por: manter controladas as possíveis epidemias, organizar a vida nos centros urbanos e nas cidades portuárias nas quais a chegada de barcos representava a possibilidade da chegada de doenças.

As primeiras intervenções do Estado em matéria de garantir a saúde se apresentaram com características militares: campanhas de vacinação compulsória, isolamento forçado diante qualquer possibilidade de contágio; internação de doentes graves; bem como dos “loucos” em hospícios, e claro; a regulação e registro de profissionais da medicina. Qualquer atenção médica que fugisse destas ações direcionadas era restrita às elites dos centros urbanos.

As instituições encarregadas do atendimento em saúde das classes subalternas dependiam de diversos atores. Estes eram: as sociedades de beneficência, os filantropos, alguns mutualismos (os próprios usuários pagando pelos serviços num esquema solidário) que surgiriam já para finais do século e o próprio Estado (com as atividades restritas que foram colocadas) cuja estruturação se apresentava de maneira desorganizada, como um aglomerado heterogêneo de instituições sem vínculo entre elas (BELMARTINO, 2007; MENDES, 1995; ESCOREL, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse contexto, a saúde era entendida simplesmente como a ausência de doença, e a palavra de autoridade sobre a matéria estava radicada exclusivamente no médico. A igualdade no acesso aos serviços de saúde não era uma característica deste modelo no qual, ainda que se manifestasse a necessidade de fornecer atenção à população indigente, esta atenção era operacionalizada em forma de múltiplas ações descontínuas. Essa forma de organização será a predominante em nossa região até o final da primeira década do século XX, quando o embrião da grande crise de 1929 fará crescer a demanda por ampliação dos serviços públicos de atenção em saúde.

Neste sentido, fazendo alusão ao caso argentino, mas apresentando um cenário mais do que familiar para a região, Belmartino afirma que

Ese heterogéneo conjunto de agentes con intereses en los servicios de atención médica comienza a manifestar síntomas de malestar referidos al desempeño de sus organizaciones a partir de los años veinte. La percepción de una situación de Crisis se generalizará en los años treinta. El debate gira en torno de algunas cuestiones de reconocimiento generalizado. El incremento de la demanda de atención, tanto en los servicios públicos como en la atención provista por mutualidades es una de ellas; también se señala con preocupación un incremento de los costos de atención médica generado en rubros específicos:

medicamentos, análisis de laboratorio, radiología y fisioterapia. (BELMARTINO, 2007, p.391).

Assim, com a crise declarada e o modelo agroexportador perdendo sua imponência como fonte de ingressos (tanto para a economia dos países, quanto para os trabalhadores que dele dependiam), a década de 1930 marca o começo de uma nova organização produtiva. Os dois países em questão começam um processo de industrialização com a consequente mudança na configuração da população, e com ela, a colocação de uma série de reivindicações por ampliação da assistência estatal e novamente, a saúde não fica de fora desse processo. A necessidade da oferta de serviços de saúde para a classe operária/*obrero* se coloca na agenda pública. Em pleno amadurecimento e organização, a força de pressão popular dá lugar a uma forte reestruturação da atenção pública em saúde no período compreendido entre 1930 e 1970.

No Brasil, de 1923, é criada a lei Eloi Chaves fundante da previdência social que trará consigo a criação das primeiras caixas de aposentadoria e pensões, e com elas a primeiras garantias em termos de saúde para a classe trabalhadora. Não por acaso, a primeira a ser criada será a dos trabalhadores ferroviários, categoria com maior organização no momento histórico⁸.

⁸ Mesmo não sendo objeto deste trabalho, o papel desenvolvido pelos trabalhadores ferroviários na luta por conquista de direitos nos começos do século XX expressa um exemplo nítido do lugar de disputa que representa a Política Social e que não pode passar despercebido. O protagonismo dessa categoria nas conquistas de direitos trabalhistas de começos do século XX nos dois países trabalhados respondeu ao lugar privilegiado -como força com capacidade de disputa- que ocupavam os obreiros ferroviários num momento de expansão do capital, que se evidenciava tanto na importação europeia de maquinaria para América Latina, quanto nas próprias economias em países prioritariamente agroexportadores. Somava-se também o fato de o transporte ferroviário ser o transporte predileto tanto de matérias primas (entre cidades e das cidades para os portos para exportação) quanto de passageiros, dando total centralidade ao trem, e por tanto, ao trabalhador ferroviário. Claro que uma nota de rodapé não é suficiente para explicar um momento histórico tão complexo e densamente explicado e explorado por outros autores, por esse motivo, deixo aqui algumas referências que podem facilitar a compreensão do (e/ou questionar o) expressado no parágrafo anterior. (Cf. ISUANI, Aldo, 1988).

Já para 1930, junto com a chegada de Getúlio Vargas⁹ ao poder e a crescente disputa de uma classe operária organizada, se abriram as portas do Estado às demandas dos setores que até então não tinham nenhuma possibilidade de ter incidência no poder político centrado no Estado, e menos ainda de obter protagonismo. O projeto de integração nacional voltava sua estratégia na valoração do operariado e do trabalho urbano¹⁰.

Foram então criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), que organizadas por empresários e trabalhadores (mas administradas por empresas) detiveram a saúde como atribuição central até a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nesse contexto. Esses institutos apresentariam como novidade a característica de serem organizados por categoria profissional e de incorporarem o Estado como contribuinte.

Neste sentido, afirma Mendes:

Nos anos 20, a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória dos CAP's; já no período dos IAPs, especialmente no momento autoritário – 1930-1945 – onde a preocupação da Previdência Social era de caráter contencionista, com vistas a uma acumulação, a assistência médica coloca-se como função provisória e secundária. Outra mudança significativa está na natureza do financiamento, onde a contribuição passa a ser tripartite, agregando-se como contribuinte, o Estado. Neste período, instala-se, na previdência Social, um seletivo grupo de tecnocratas, os denominados cardenais do IAPI, portadores de uma teoria do seguro social e que viriam a dar os rumos do projeto de saúde hegemônico até o início dos anos 80 (MENDES, 1995, p.21).

Outro fato relevante para o período, foi o surgimento do Ministério de Educação e Saúde em 1930 (com ativação real em 1934), que vai se

⁹ Vale esclarecer que não se busca aqui colocar o período Varguista como representativo da classe trabalhadora. Se parte do intuito de trazer fatos salientando a contradição por trás do período citado e que pode ser analisado a partir das leituras de Ianni (1975).

encarregar de centralizar, uniformizar e normatizar as estruturas de administração da saúde pública, culminando na criação do Ministério de Saúde em 1953. Embora o modelo de saúde continuasse sendo o sanitarismo campanhista, se reconhece nesse período um maior investimento estatal na saúde da população (LUZ, 1979 *apud* AROUCA, 1986; MENDES, 1995; ECOREL; TEIXEIRA, 2008).

Mesmo com esses incrementos de investimento, o sanitarismo campanhista, por sua própria lógica interventiva, não conseguia acompanhar as necessidades de um país em processo de industrialização, sentando as bases para uma nova organização, um novo modelo de atenção de saúde, chamado por Mendes (1995) como Modelo Assistencial Privatista (MMAp).

Este modelo se caracterizava, segundo o autor, por: estender a cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e da população rural, os trabalhadores autônomos e as domésticas (estes três últimos só depois de 1973); privilegiar a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; criar, via intervenção estatal, um complexo médico industrial com capitalização dos recursos da previdência social; orientar a prática médica para a geração de lucro no setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986, *apud* MENDES, 1995, p.22) e; consolidar um sistema centrado na atenção hospitalocêntrica.

Segundo Mendes (1995), ao mesmo tempo em que se manifestava um crescimento da cobertura da previdência social, se tornava cada vez mais claro o caráter discriminatório da política de saúde evidenciado na diferença no acesso quantitativo e qualitativo entre “clientes” urbanos e rurais. Nesse período tem lugar a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 com a unificação dos benefícios dos IAPs.

Na Argentina, o primeiro período peronista (1946) materializa em lei as disputas e lutas levantadas por representantes socialistas na câmara desde começos do século XX. O processo que teria começado em 1943 com um golpe militar que argumentava ter a capacidade de retomar o caminho do crescimento econômico e da integração social (BELMARTINO, 2007). Em matéria de saúde, foram criadas novas agências estatais cujo objetivo era dar conta das questões vinculadas à saúde, doença e atendimento. Uma série de políticas de saúde e instituições são criadas, reformulando o papel do Estado no que concerne

à atenção em saúde. Dentre as medidas e ações destacamos: a criação da Secretaria de Saúde Pública (com hierarquia ministerial); a ampliação significativa do orçamento para a área da saúde, com a consequente expansão do sistema público e o; desenho de políticas de saúde com uma forte orientação distributiva.

Nesse período, surge como figura de referência dos sanitaristas Ramón Carrillo (então encarregado do curso de saúde), foi quem elaborou um sistema de serviços públicos de atenção médica que visava resolver as problemáticas de saúde do total da população do país. A ideia de Carrillo consistia em que o Sistema de Serviços de Atención Médica (SSAM) deviam ter para si o monopólio de duas grandes áreas destinadas à prevenção e promoção da saúde: as ações sobre o meio e as orientadas à atenção dos indivíduos (BELMARTINO, 2007).

El plan de Carrillo consistía en poner en marcha instituciones de seguridad social con capacidad de reunir las contribuciones obligatorias de empresarios y trabajadores y convertirlas en la herramienta financiera adecuada para garantizar los principios que debían constituir los fundamentos del sistema (...) universalidad –un sistema único y una única modalidad de atención para la totalidad de los habitantes–; integralidad –una red de servicios de diferentes niveles de complejidad en condiciones de proporcionar todo tipo de atención (...); gratuidad –el acceso a la atención no debía estar limitado por pagos que supusieran alguna restricción para el usuario–; oportunidad –la atención sería brindada en el momento en que se manifestara su necesidad, primera condición del último principio ordenador del sistema–; eficacia –entendida como la capacidad de resolver los problemas a su cargo dentro de los parámetros del conocimiento médico disponible– (BELMARTINO, 2007, p.394).

Segundo a autora, este plano se viu obstaculizado pelas próprias formas de construção política do Peronismo. Ao mesmo tempo em que se criaria por lei o Fundo Nacional de Saúde Pública, Lei n. 13.012/1947, a criação da Fundação Eva Perón colocava um claro limite à possibilidade da política de saúde ser única, pois tomava a seu cargo a criação de hospitais de forma paralela e independente ao ministério. Na mesma

lógica, os sindicatos mais fortalecidos, criariam uma rede de serviços de saúde para os trabalhadores do sindicato (ferroviários e frigoríficos em primeiro lugar) dando surgimento as primeiras obras sociais e começando um longo caminho de fragmentação dos serviços de atenção médica.

Com a queda do Peronismo, em 1955, se criam e se fortalecem duas instituições: a Confederação Médica e a Central Geral de Trabalhadores (CGT), as quais disputaram pelas próximas duas décadas a centralização e a organização dos serviços de saúde. A lógica privativa, versus o controle operário/*obrero* dos serviços. A este processo, soma-se a dificuldade do Estado para mediar e estabelecer as regras do jogo, culminando no processo de intervenção da Secretaria de Saúde Pública com objetivo de regular a oferta e a demanda no SSAM. Com forte resistência da CGT enquanto foi possível, o processo de disputa se vê obstaculizada pelo terrorismo de Estado a partir do processo de “reorganização nacional”, nome autodesignado pela ditadura militar de 1976.

A partir do golpe, com a perseguição e o desaparecimento forçado de militantes, a tortura e o terror como forma de governo sentaram as bases da abertura econômica e o esvaziamento dos órgãos do Estado. Um longo percurso começou, e sem ser interrompido pela abertura democrática, achou no pacto neoliberal a mais profunda reforma do estado, e com ela um forte aprofundamento do retrocesso em termos de direitos conquistados.

No Brasil, o processo de Reforma Sanitária iniciou nesse mesmo período. Também em contexto ditatorial, inclusive no seu período mais repressivo (entre fins da década de 1960 e início da década de 1970), em que se começa a transformar a abordagem da problemática da saúde. Num contexto de perda de legitimidade do governo ditatorial e perda do apoio das camadas médias e baixas da sociedade, surge o gérmen da luta pela saúde pública somado ao movimento internacional pela reforma na saúde.

Com o MMAP em crise, devido à exclusão de uma grande parcela da população, acompanhado pelo “fim do milagre econômico” no Brasil, com as consequentes dificuldades econômicas tanto em âmbito internacional, quanto nacional, a abertura se fez iminente, mas essa aconteceria de forma gradual e planejada. Na área da saúde isso se expressou em atenções marcadamente desiguais e cada vez mais fragmentadas e particularizadas, ou seja “[tratou-se], portanto, de reconhecer e legitimar diferentes graus de cidadania e oferecer políticas sociais perpetuadoras das desigualdades sociais” (MENDES, 1995, p.26).

Diante desse panorama, surge e se fortalece o Movimento de Reforma Sanitária como um coletivo contra-hegemônico que se propõe a criar uma alternativa às lógicas de atenção até então vigentes. Com base numa análise marxista da saúde, discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema integrado. Esse movimento adquiria sua força através da conformação que tinha por base uma diversidade de atores. Dessa forma, o movimento citado enriquecia e projetava a sua capacidade de análise, o que se expressou em propostas e conquistas na agenda pública.

Conforme aponta Escorel sobre o processo de questionamento do modelo de saúde até então vigente,

O Movimento de Reforma Sanitária foi constituído por profissionais de saúde, estudantes de medicina, médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal e originado dos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina e influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor de saúde. Exercia forte crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina e discutia a prática da medicina na busca de apreender as relações entre saúde e sociedade. (ESCOREL [et al.], 2005, p.68)

O Movimento de Reforma Sanitária se propunha a reformar estruturalmente o sistema de saúde brasileiro e, para isso, trazia uma mudança no conceito de saúde, a que deveria passar a entender-se esta de forma ampliada e resultante das condições de vida dos sujeitos; uma mudança na abrangência da responsabilidade do Estado, a partir de lutar por uma definição de saúde que a manifeste como “um direito de cidadania e um dever do Estado”. Desse processo adveio uma profunda reestruturação do Sistema Nacional de Saúde alcançada a partir da luta pela instauração de um sistema único que tenha como premissa orientadora as ideias de universalidade, integralidade da atenção e descentralização tanto dos serviços como dos órgãos decisórios, incorporando a participação popular como condição intrínseca ao novo sistema.

O movimento vai ganhar forças com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo objetivo principal era fornecer subsídios para a reformulação do sistema de saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão da saúde na Constituição.

Antes disto uma série de fatos, traçou o caminho para a reforma constitucional de 1988. Esses são: a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976; a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (1976); a expansão do PIASS ao nível nacional em 1979; a criação da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (1979) – campo ideológico que sistematiza a proposta alternativa ao MMAP (debates e publicações sobre a proposta alternativa defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária) e; a realização dos Encontros Nacionais de Secretários Nacionais de Saúde em 1982, 1985 e 1987. Em 1988 tem lugar a constituinte, na qual se estabelece uma mudança radical para a saúde brasileira.

A década de 1990, ilustrada como a década da reforma do Estado, representa para os dois países o começo da investida de privatização da saúde.

Mesmo nesse cenário comum, houve particularidades em cada país que tiveram por resultado dois modelos definidos -ao menos formalmente-, a partir de paradigmas opostos. São essas singularidades que serão apresentadas na continuação, junto com as características atuais que revestem os sistemas de saúde de cada país.

2.3 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ARGENTINO

O sistema de saúde argentino se encontra conformado por três subsetores: o subsetor público, o subsetor privado e as Obras Sociais (vinculadas ao sistema previdenciário). A forma em que estes três subsetores se organizam são definidas pelo Ministério da Saúde da Nação, é o encarregado de interpretar o estipulado na carta magna. A Constituição Nacional estabelece os princípios e diretrizes para interpretar a abrangência das responsabilidades do Estado na área da saúde (como em todas as áreas de direitos). Desta maneira são elaboradas leis, programas e projetos que são enviados às províncias. Cada província tem autonomia ministerial para aceitar ou recusar programas e projetos, assim como as contrapartidas orçamentárias para os mesmos¹¹, mas não

¹¹ Para explicar este parágrafo, é preciso desenvolver o que foi o processo de descentralização que teve lugar na década dos 1990. Com o mesmo, os poderes e a autonomia foram descentralizados do governo central para as províncias e municípios. Mas neste movimento, foram descentralizadas também as responsabilidades próprias de cada nível de governo. Para uma melhor aproximação ao tema, ver: CORTÉS, Rosalía e MARSHALL, Adriana (1999).

estão possibilitadas a recusar as leis nacionais, as quais estipularão sempre as diretrizes e parâmetros orientadores do sistema de saúde e os mínimos que devem ser garantidos por cada jurisdição.

Na República Argentina, o direito à saúde se encontra expresso como tal em dois artigos da Constituição Nacional (reforma de 1994): no seu capítulo segundo denominado “Novos direitos e garantias”, no qual se incluem o artigo 41 em que se estabelece o direito ao ambiente saudável:

Artículo 41- Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano y para que las actividades productivas satisfagan las necesidades presentes sin comprometer las de las generaciones futuras; y tienen el deber de preservarlo. El daño ambiental generará prioritariamente la obligación de recomponer, según lo establezca la ley. Las autoridades proveerán a la protección de este derecho, a la utilización racional de los recursos naturales, a la preservación del patrimonio natural y cultural y de la diversidad biológica, y a la información y educación ambientales. Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales. Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos. (ARGENTINA, 1994).

E o artigo 42 no qual se garante “Na relação de consumo” a proteção da saúde:

Artículo 42- Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de

distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control (ARGENTINA, 1994).

Por outra parte, se estabelece no artigo 75, inciso 22 que os tratados e acordos internacionais têm hierarquia constitucional e, portanto, são superiores às leis¹². Este último abre as portas à criação de leis base de políticas específicas da atenção em saúde, expandindo amplamente as responsabilidades do Estado nesta área. O fato da saúde ser definida como direito universal, tanto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, quanto na Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem (só para nomear duas) senta as bases da elaboração de políticas públicas que deem conta da atenção da saúde como, valha a redundância, um direito universal.

A definição de saúde presente na Constituição de claro corte conservador e reflexo do seu contexto social e histórico, em que se

¹² Como ser: “Aprobar o desechar tratados concluidos com as demás nações e com as organizações internacionais e os concordatos com a Santa Sede. os tratados e concordatos têm hierarquia superior às leis. a Declaração Americana dos Direitos e Deberes do Hombre; a Declaração Universal de Derechos Humanos; a Convención Americana sobre Derechos Humanos; o Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales e Culturales; O Pacto Internacional de Derechos Civiles e Políticos e su Protocolo Facultativo; a Convención sobre a Prevención e a Sanção do Delito de Genocidio; a Convención Internacional sobre a O iminação de todas as Formas de Discriminación Racial; a Convención sobre a O iminação de todas as Formas de Discriminación contra a Mujer; a Convención contra a Tortura e outros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; a Convención sobre os Derechos do Criança; nas condições de suvigencia, têm hierarquia constitucional, não derogan artigo alguno da primera parte de esta Constitución e debenentendersecomplementarios dos derechos e garantias pelo lareconocidos. Sólopodrán ser denunciados, em su caso, pelo Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación das dos terceras partes datotalidad dos miembros de cada Cámara” (ARGENTINA, 1994).

conjugavam a abertura democrática e a consolidação¹³ do neoliberalismo como modelo político e econômico, trouxe perda do caráter de cidadania e da condição de sujeito de direitos, para estar contemplado na Carta Constitucional como um consumidor, um usuário para o qual o Estado reduz sua responsabilidade à garantia dessa condição, explicitando inclusive seu papel de garantidor da educação para o consumo e da livre competência. Neste sentido, retomando Laura Tavares Soares, o ajuste neoliberal

[...] implica que: os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evoluiu para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – é também um novo estado, um cenário diferente que expressa – ao mesmo tempo que define – novas condições de luta social (SOARES, 2009, p.15).

Adrian Valencia (2009), numa exaustiva análise sobre a reestruturação do mundo do trabalho, coloca a importância do papel dos Estados neoliberais na configuração de uma “codificação institucional”, a qual entende-se por um conjunto de leis, de normas, de estatutos e de regulamentos sinalados a romper qualquer tipo de trava para o aumento da produtividade. Citando a Jessop (1999), o autor coloca:

O neoliberalismo está interessado em promover uma transição guiada pelo mercado, ao novo regime econômico. Para o setor público, isto significa privatização, liberalização e imposição de critérios comerciais no setor estatal que ainda resta; para o setor privado, isto significa desregulamentação e um novo esquema legal e

¹³ O “Proceso de Reorganizació Nacional”, nome dado pelo terrorismo de Estado na Argentina entre os anos 1976 e 1983, teve entre seus mais terríveis objetivos, o da mudança do modelo econômico, político e social, instaurando as bases do modelo neoliberal como novo organizador societário. Este processo se afiança com os governos democráticos de Ricardo Alfonsín (1983 – 1989) e Carlos Menem (1989 – 1999).

político que proporcione apoio passivo às soluções de mercado. (JESSOP, 1999, *apud* VALENCIA, 2009, p.34),

Da mesma forma, o autor faz menção às leis de flexibilização laboral, pois, é objeto deste pensar a reestruturação do mundo do trabalho. O mesmo, tendo como categoria orientadora da sua análise a totalidade¹⁴, explicita a necessidade para este processo do retrocesso nos direitos como produto das lutas históricas travadas pelos trabalhadores. Considera-se, pois, que a saúde faz parte destas conquistas, entendendo a Política Social em si como um âmbito de disputas, um lugar de tensão entre a conquista e a negociação entre o Estado (representante do interesse burguês) e a classe trabalhadora. É nesta lógica em que se vislumbra a possibilidade de luta pela ampliação deste direito no artigo 75, o qual, serve de base para as leis que regulamentam o acesso ao direito à saúde ao longo do território nacional.

É, desta maneira, fruto do corte abrupto e desestruturação de avanços pelas ditaduras militares, e reestruturações solidificadas nos governos neoliberais, que a Política Social de saúde se define fortemente vinculada ao emprego formal. Como resultados desse processo, podemos identificar que o sistema de obras sociais é o que oferece maior segurança na atenção de qualidade para a classe trabalhadora, sendo que o sistema privado é acessado por quem pode paga-lo e o sistema público por aqueles que ficaram fora do mercado, seja por condição de desemprego, seja por condição de precarização laboral. Neste sentido, Sposati fazendo referência à maneira em que surge e se constitui a Política Social na América Latina, afirma:

Somente no Uruguai e na Argentina, e na fase anterior às ditaduras, é que cresceu o alcance do sistema de proteção, uma vez que essas sociedades se aproximaram do pleno emprego. Todavia, sua regulação social foi baseada na condição do trabalho formal e não na cidadania. Portanto, sob o predomínio da regulação social do trabalho, que

¹⁴ Isto nas palavras de Pastorini, implica: “aprehender conjuntamente los momentos de producción y distribución como elementos constitutivos de una totalidad, “diferenciación en el interior de una unidad” (MARX, 1977, p.217). Y por otro lado, también implica considerar las inseparables conexiones existentes entre economía y política. De esta forma, solo podremos captar la complejidad de un fenómeno social” (PASTORINI, 2000, p. 215).

tem por centralidade a reposição da capacidade de consumo do trabalhador no mercado através de benefícios, a ênfase é a monetarização da Política Social mantendo, ao mesmo tempo, o poder de consumo do trabalhador e o fluxo da economia. Essa opção fica distante da Política Social como efetivadora de garantias sociais a todos os cidadãos através de redes quanti qualitativa de serviços públicos que provê atenções a todos os membros de uma família, respeitado seu estágio no ciclo vital e suas singularidades. (SPOSATI, 2011, p.106)

Oferecendo às/aos Assistentes sociais um frágil reconhecimento da saúde como direito, sustentado mais nas características políticas¹⁵ da sua população, do que na firmeza de uma lei possível de ser revogada, estabelecem-se as regras do jogo pela luta de ampliação e reconhecimento do direito à saúde.

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS é o modelo de saúde pública brasileiro, o qual integra um conjunto de normas, ações e serviços de saúde. Por ser um sistema único, este tem jurisdição nacional, e, portanto, suas diretrizes, concepções e definições sobre saúde devem ser as mesmas para todo o país. Este sistema é resultante das disputas do Movimento de Reforma Sanitária e das conquistas materializadas na reforma constitucional de 1988, das quais, a mais importante, é a incorporação de um conjunto de artigos específicos, com cinco menções à política de saúde e a definição desta, de forma tal que, representa a vanguarda na configuração de modelos de sistemas públicos de saúde (em termos normativos) na América Latina.

Assim, na Constituição Federal Brasileira se define, no artigo 196º., a saúde como: “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988,).

¹⁵ Por motivos de recorte e espaço, não será no projeto de pesquisa o lugar onde serão apresentadas as características da população argentina, no que faz a sua organização política e cidadã. Contudo, em caso de interesse sobre a temática, ver Isuar, Ernesto A. *Los Orígenes conflictivos de la seguridad social argentina*. Villareal, J. *Los hilos sociales del poder* e Svampa, Maristela: *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*.

dando plena responsabilidade ao Estado sobre a garantia do direito à saúde, e a máxima condição de cidadania para os sujeitos, a partir do que se estipula como um direito de todos.

Nesta linha, o artigo 197 atribui ao Poder Público “dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Idem). Os artigos 198, 199 e 200, fazem referência a forma de organização, a possibilidade de fornecimento de serviços por parte da iniciativa privada (sempre sob regulamentação do SUS) e de outras competências do Estado, além das já citadas, respectivamente, as ações em fiscalização, em vigilância sanitária, na formação de recursos humanos, entre outras.

O SUS é definido como um sistema ÚNICO e integral, composto por redes regionalizadas e hierarquizadas. Para que a implementação do mesmo ocorra da mesma forma em cada lugar do território nacional, o SUS se vale de determinadas diretrizes, as quais foram regulamentadas e postas em vigência com a Lei 8.080/1990, a saber:

a) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência - reside aqui a ideia de que todos e todas têm direito à mesma atenção e ao mesmo serviço.

b) Descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Neste ponto, se outorga grande autonomia aos governos estaduais e municipais. Para isto, se estabelece uma definição de serviços hierarquizados por níveis de atenção como: atenção primária (que é definida como porta de entrada ao SUS e tem foco na promoção e prevenção para a saúde); a média e a alta complexidade.

c) Devém do ponto anterior o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Este ponto não só faz referência a necessidade de articular ações preventivas com ações curativas, como também à necessidade de articular abordagens individuais e coletivas. Trata-se, segundo Noronha, Lima e Machado (2007) de atuar sobre os determinantes do processo de saúde e doença garantindo condições satisfatórias de vida.

d) A participação da comunidade, oferecendo a possibilidade real (ou no mínimo legal/normativa) da população poder fazer parte da tomada de decisões sobre sua própria saúde. Esta pode ser considerada uma das mudanças mais radicais depois do conceito apresentado no artigo 196.

O SUS deve ser financiado, nos termos do artigo 195 da mesma constituição, com recursos do orçamento da seguridade social, da União,

dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Cada instância deverá aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos.

Reflexo do contexto antes mencionado, o da reforma do Estado e do avanço das políticas neoliberais exigidos pelos organismos internacionais, o artigo 199 evidencia os dois modelos em disputa na reforma constitucional. Assim, depois de referir-se à saúde como uma obrigação do Estado, se abrem as portas à iniciativa privada, com todos os conflitos que isto representa e as disputas que traz consigo. Abrir a possibilidade às instituições privadas para participar *de forma complementar* (BRASIL, 1988) do SUS, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, num sistema baseado na acumulação e concentração do capital, torna necessária a briga constante no jogo político pela garantia real do direito constitucional e a constante luta contra o esvaziamento do sistema público em função de justificar e, inclusive promover, a “complementaridade privada”.

2.5 A ATENÇÃO BÁSICA EM BUENOS AIRES E FLORIANÓPOLIS

Filha de Alma-Ata (1978), a atenção básica no Brasil e a APS na Argentina se apresentam como as portas de entrada no sistema de saúde pública. Esta lógica de abordagem da saúde pressupõe um sistema integral de atenção dividido em três níveis (atenção básica, média e alta complexidade) no qual a atenção básica se caracteriza por priorizar ações voltadas a prevenção e promoção da saúde, tendo como diretrizes o conceito ampliado de saúde. Isso significa uma saúde pensada desde a multicausalidade e a abordagem da mesma de forma integral, com ações interdisciplinares e participação ativa da comunidade.

Porém, cada país apresenta suas especificidades no que remete a forma da organização deste nível de atenção.

Na Argentina, em nível nacional se estabelecem mínimos de responsabilidade para cada jurisdição (Estado Nacional, Províncias, Municípios), sendo obrigatório o cumprimento destes mínimos, mas, podendo ser superados. Assim, os recursos com que conta cada jurisdição, marcarão um diferencial na atenção que não pode ser omitido. Por isso, a partir daqui se falará exclusivamente da forma com que se organiza a atenção básica na Cidade Autônoma de Buenos Aires (CABA) -campo da pesquisa- e não da Argentina como um todo. O mesmo não acontece no caso brasileiro, onde, ainda que existam diferenças entre cada região -

vinculadas a questões econômicas e culturais -, o SUS tem conseguido elaborar parâmetros de atenção definidos e padronizados para o país na sua totalidade.

O sistema de saúde da CABA está integrado pelo conjunto de recursos de saúde de iniciativa estatal não contributivo, da seguridade social vinculada ao trabalho formal e da iniciativa privada, os quais desenvolvem suas ações no território da cidade. Estes três subsectores atuaram nos três níveis de atenção: APS, Média e Alta Complexidade.

O Ministério da Saúde da Cidade conduz, controla e regula o sistema de saúde portenho. O subsector estatal de saúde está integrado por todos os recursos de saúde dependentes do Governo da Cidade de Buenos Aires, por meio dos quais se planejam, executam, coordenam, fiscalizam e controlam planos, programas e ações que devem estar destinados à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população, sejam elas assistenciais diretas, de diagnóstico e tratamento, de pesquisa e docência, de medicina veterinária vinculada à saúde humana, de produção, de fiscalização ou de controle. A Lei Básica de Saúde da Cidade de Buenos Aires expõe como alguns dos objetivos de dito subsector:

Contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbilidad prevenibles y reductibles; [...] c. Desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH/SIDA, adicciones, violencia urbana, violencia familiar y todos aquellos problemas que surjan de la vigilancia epidemiológica y sociosanitaria; d. Desarrollar la atención integrada de los servicios e integral con otros sectores; e. Reconocer y desarrollar la interdisciplina en salud; f. Jerarquizar la participación de la comunidad en todas las instancias contribuyendo a la formulación de la política sanitaria, la gestión de los servicios y el control de las acciones; g. Asegurar la calidad de la atención en los servicios; h. Organizar los servicios por redes y niveles de atención, estableciendo y garantizando la capacidad de resolución correspondiente a cada nivel; [...] m. Garantizar la educación permanente y la capacitación en servicio, la docencia e investigación en sus servicios; n. Desarrollar el presupuesto por

programa, con asignaciones adecuadas a las necesidades de la población;[...] q. Desarrollar un sistema de información que permita un inmediato acceso a la historia clínica única y a la situación de cobertura de las personas que demandan servicios, garantizando la confidencialidad de los datos y la no discriminación [...] (CABA, 1999).

Esta lei afirma também que o subsetor estatal de saúde se organiza e se desenvolve conforme a estratégia de APS¹⁶, com a constituição de redes e níveis de atenção, hierarquizando o primeiro nível e garantindo a articulação dos três níveis de atenção em saúde mediante um adequado sistema de referência e contrarreferências com desenvolvimento de redes de serviços que permitam a atenção integrada e de qualidade de todas as pessoas. Seguindo esta ideia, se define no artigo 18º da Lei nº 153/1999, o primeiro nível de atenção como aquele que “compreende todas as ações e serviços destinados à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em especialidades básicas e modalidades ambulatoriais” (CABA, 1999, tradução nossa). Os critérios de organização do primeiro nível de atenção balizam-se por “constituir a porta de entrada principal e a área de seguimento das pessoas nas redes de atenção” (Idem), realizando-se mediante a coordenação e implementação de um sistema de informação e vigilância epidemiológica e sanitária, garantindo a formação de equipes interdisciplinares e intersetoriais, realizando ações de promoção, prevenção, atenção ambulatorial, incluindo a internação domiciliar, promovendo a participação comunitária, garantindo às pessoas a capacidade de resolução adequada às suas necessidades de atenção, estabelecendo articulações horizontais e com os outros níveis, com critério de rede e mecanismos de referência e contrarreferências.

Comparativamente, no Brasil a atenção básica é definida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do

¹⁶ Ver Declaração de Alma Ata. URSS. 1978.

exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011).

A atenção básica compreende as Estratégias de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as equipes dos Consultórios na Rua e as de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). Cada equipe atende a uma população delimitada, num território definido.

A ESF se configura na articulação de equipes multiprofissionais, chamadas equipe de Saúde da Família (eSF), que devem ter sob sua órbita um máximo de 4.000 pessoas (sendo recomendadas 3.000). Estas equipes devem estar compostas (no mínimo) por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo-se acrescentar à equipe, de profissionais de saúde bucal.

O NASF se conforma por equipes interdisciplinares e tem como objetivo atuar de forma integrada com as eSF e equipes de Atenção Básica. Neste sentido, correspondem ao NASF as tarefas de: discutir casos clínicos; possibilitar o atendimento compartilhado entre

profissionais tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares e; permite construir de forma conjunta projetos terapêuticos visando à ampliação e à qualificação da atenção em território, priorizando (ou devendo priorizar) ações de prevenção e promoção. Aqui se concentra o maior leque de atividades possíveis de serem desenvolvidas pelos/as Assistentes Sociais, sendo o espaço, dentro da área da Saúde, no qual sua tarefa encontra maior legitimidade.

Os NASF, ainda que componham as ações relacionadas à Atenção Básica em saúde,

não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) (BRASIL, 2011).

O NASF está regulamentado nas Portarias nº 2.488 (BRASIL, 2011) e nº 3.124 (BRASIL, 2012) nas quais são definidas, dentre outras diretrizes, as suas modalidades conforme a Figura 1.

Figura 1 – Modalidades de NASF

As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial

Fonte: PORTAL SAÚDE – Departamento de Atenção Básica.

Por último, as modalidades de atenção “Melhor em casa” e “Consultórios na Rua” (eCR), foram pensadas como ações tendentes a aproximar o máximo possível a atenção básica da população. Enquanto a primeira consiste em ações desenvolvidas para garantir o acesso às

equipes de Atenção Básica a pessoas com dificuldade de locomoção e realizam majoritariamente intervenções vinculadas à prevenção e reabilitação, a segunda modalidade se orienta para garantir o acesso da Atenção Básica às pessoas em situação de rua, facilitando tanto a sua inserção no SUS, quanto o acompanhamento de setores populacionais cujo nível de vulnerabilidade agrava sua situação de risco. Vale esclarecer que a modalidade eCR atua de forma articulada ao SUS como um todo e não substitui qualquer outro tipo de atenção.

Nesta trama institucional, cada esfera (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municípios) tem responsabilidades especificadas na Portaria nº 2.488 de forma detalhada. Assim, são responsabilidades de todas as esferas: I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;

II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;

III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;

IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;

VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;

VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;

- IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;
- X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;
- XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;
- XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e
- XIII - estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2011)

A respeito da organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), corresponde às equipes de Atenção Básica a definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBSs e das equipes, a portaria antes mencionada recomenda para UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, e de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos.

Os Centros de Saúde e Ação Comunitária (CeSACs) em Buenos Aires e as UBSs no Brasil, são os espaços físicos a partir dos quais se desenvolvem todas as atividades vinculadas ao primeiro nível de atenção. Ficam sob a responsabilidade do segundo e terceiro nível as ações e serviços de atenção ambulatorial especializada e aquelas que requerem internação (segundo nível) e todas as ações e serviços que, por sua alta complexidade médica e tecnológica, são o terceiro e último nível de referência da rede.

Inseridos nos bairros, os Centros de Saúde seriam os equipamentos destinados a implementar, mediante o trabalho de equipes interdisciplinares, as atividades propõem-se a garantir a prevenção e a promoção da saúde.

Especificamente, na cidade de Florianópolis, a normativa municipal nº 001/2010¹⁷ estabelece as normas e diretrizes para orientar esta abordagem, dividindo-as em

a) a territorialização das equipes; b) a lotação e gestão dos profissionais dos NASF; c) o processo de trabalho dos NASFs; d) a manutenção do cadastro das equipes e profissionais dos NASFs no Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SigRH) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e) o registro das atividades dos NASFs e; f) o monitoramento, controle e avaliação das atividades dos NASFs (FLORIANOPOLIS, 2010).

No que diz respeito à composição e territorialização das equipes do NASF, se define dentre outras questões, a quantidade de eSFs que podem estar vinculadas a cada uma das equipes do NASF. Assim, no artigo 3º, se estabelece que

Cada NASF será vinculado a no mínimo oito e no máximo vinte equipes de saúde da família de um mesmo Distrito Sanitário, devendo se responsabilizar, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF, pela população adstrita de seu território, dando suporte direto às ESF e realizando atendimentos específicos em suas áreas de atuação (FLORIANOPOLIS, 2010).

Seguidamente, o artigo 4º. estabelece como áreas prioritárias: saúde mental, saúde da criança, assistência social, atividade física e práticas corporais, alimentação e nutrição e assistência farmacêutica. Já o artigo 5º esclarece que outras áreas previstas para atuação do NASF, conforme determinação do Ministério da Saúde, poderão ser contempladas com base na demanda e disponibilidade. Neste sentido, cada NASF deverá contar com um mínimo de cinco profissionais de categorias diferentes, sendo categorias prioritárias em Florianópolis: psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, estipulando como carga horária para todos os profissionais NASF o cumprimento de 40 horas semanais.

¹⁷ Estando a normativa disponível de forma online, serão apresentadas aqui questões relevantes para a análise proposta como objetivo da pesquisa.

Em relação ao processo de trabalho dos NASF, se estabelece no artigo 15º que a equipe trabalhará de acordo com o modelo de apoio matricial, isto significaria (ao menos desde seu enunciado formal) trabalhar em base ao apoio das eSF mediante a discussão da prática, a partilha de saberes, e a discussão das diversas problemáticas tendendo a busca de sua resolução. Para isto, as equipes NASF deverão ser acionadas pelas eSF “a partir das dificuldades encontradas por estas em seu trabalho cotidiano” (Idem).

Por não ser porta de entrada ao sistema de saúde e sim núcleo de apoio às eSFs, o acesso aos profissionais do NASF será dado pelo enquadre na Atenção Primária à Saúde, por meio do encaminhamento pelas eSFs, restando o trabalho articulado da equipe NASF e as eSFs com a criação de espaços e mecanismos para a gestão compartilhada da população adstrita.

Assim, no artigo 22 da normativa municipal, fica explicitado que

Quando houver a necessidade de atendimento específico por profissionais dos NASF, a ESF manterá o vínculo com o usuário ou família em atendimento, devendo o projeto terapêutico ser reavaliado periodicamente e conjuntamente pelos dois segmentos (ESF e NASF).

§ 1º. Os atendimentos realizados por profissionais dos NASF devem ser previamente discutidos com estes, salvo quando encaminhados de acordo com fluxos definidos ou critérios de risco, vulnerabilidade ou complexidade estabelecidos em conjunto pelos dois segmentos.

§ 2º. Os atendimentos específicos dos profissionais dos NASF não deverão exceder 60% de sua carga horária mensal, de maneira a garantir as ações de apoio matricial às ESF e em seus territórios de atuação (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Ficam então, as ações dos profissionais do NASF, subscritas aos Centros de Saúde e territórios de atuação das eSFs vinculadas a estes, sendo compreendidas como ações de saúde:

Todos os atendimentos individuais ou coletivos, atividades preventivas ou de educação em saúde, discussões de casos, reuniões de planejamento e avaliação das ações, produção de material informativo, articulações intersetoriais e outras

definidas conjuntamente com as ESF (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Da mesma forma, são estabelecidas como prioritárias as seguintes intervenções:

I - atendimentos compartilhados, individuais e coletivos, que se traduzem em espaços de troca de saberes, construção de co-responsabilização e educação permanente, como discussões de casos, atendimentos conjuntos, grupos compartilhados, discussão de planos terapêuticos, discussão de temas, apoio por telefone ou correio eletrônico, etc.;

II - intervenções específicas dos profissionais dos NASF, com usuários, famílias e coletivos, com discussão e negociação constante dos casos com a ESF, de forma a garantir a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária;

III - ações no território, como projetos de saúde, intervenções comunitárias, práticas educativas, ações de mobilização e articulação de redes de recursos sociocomunitários, ações junto a equipamentos públicos (FLORIANÓPOLIS, 2010).

São também consideradas atividades do NASF: a participação de pelo menos uma reunião por mês entre o Distrito Sanitário e a coordenação NASF, bem como se recomenda que o planejamento do atendimento de problemáticas singulares não sejam trabalhados nesses espaços, priorizando os mesmos para a avaliação das atividades de saúde realizadas com as equipes. Também se salienta a participação em reuniões de eSF e planejamento conjunto de atividades, para as quais os profissionais contariam, segundo a normativa citada, com recursos que devem ser fornecidos pelos Centros de Saúde ou pelo Distrito Sanitário.

Neste sentido, fica explícito nos artigos 27 e 28 que as atividades planejadas deverão

Levar em conta os recursos existentes nos serviços ou na comunidade, dando preferência ao uso de tecnologias leves, materiais de baixo custo e recursos disponíveis na própria comunidade, de

forma a garantir a sustentabilidade e continuidade das ações (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Devendo ser encaminhada aos distritos qualquer necessidade de recursos adicional para o desenvolvimento de atividades.

O planejamento dos profissionais NASF e a avaliação das atividades realizadas pelas equipes NASF se encontram detalhadas dos artigos 39 a 44 e nos mesmos são estabelecidos critérios detalhados, dos quais vale trazer para a análise deste trabalho os seguintes:

Art. 39. Os integrantes dos NASF deverão ter suas agendas abertas em cada unidade de saúde em que exercerem atividades, como agenda de matriciamento.

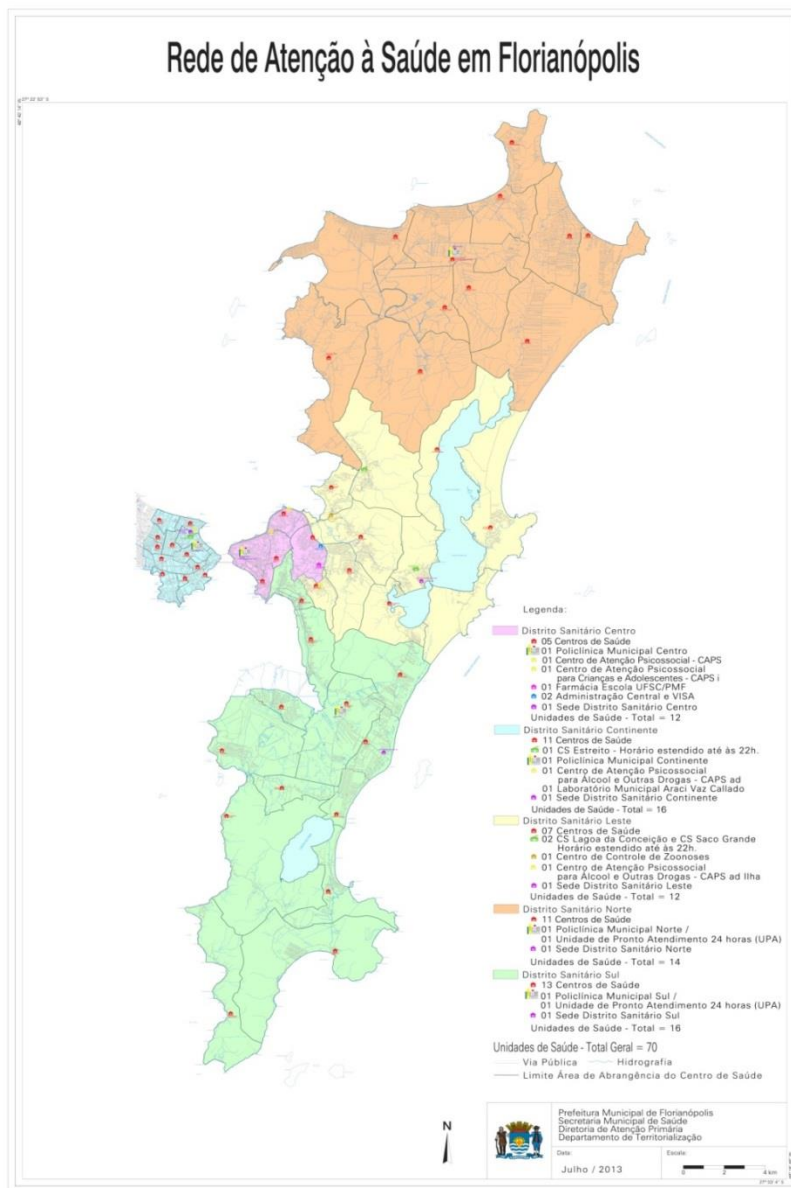
Parágrafo único. A manutenção das agendas dos profissionais é de responsabilidade do Coordenador de cada Unidade de Saúde.

Art. 42. Os distritos obterão relatórios, por período, com as atividades de cada profissional do NASF [...]

Parágrafo único. Os relatórios deverão ser utilizados para controle interno das atividades dos profissionais pelos Distritos e como instrumento de acompanhamento das atividades desenvolvidas pelos NASF (FLORANÓPOLIS, 2010).

Como pode se observar a seguir na Figura 2, a rede de atenção de saúde de Florianópolis está conformada por cinco Distritos Sanitários: Centro, Continente, Norte, Leste e Sul, totalizando 2 unidades de pronto atendimento, 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - 1 CAPS, 1 Centro de Atenção Psicossocial da Infância e adolescência (CAPSi) e 2 Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPSad) - , 4 Policlínicas, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 1 Farmácia Escola, 1 Bem estar animal e 50 Centros de Saúde. Estes últimos formam a rede de atenção básica de Florianópolis.

Figura 2 – Rede de atenção à saúde em Florianópolis



Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis.

No que se refere a organização territorial e institucional da saúde, a Cidade de Buenos Aires se encontra dividida em unidades de organização denominadas regiões sanitárias, cada uma delas integrada por unidades locais ou áreas programáticas de saúde gerenciadas desde um Hospital Geral de Agudos.

Nesse esquema, cada região sanitária conta com as atividades de Hospitais Gerais de Agudos, os quais além de desenvolver suas atividades em alta complexidade, também exercem administrativamente incidência na organização e realização das atividades dos CeSACs.¹⁸ Tais hospitais tem como atribuição, em termos hierárquicos em cada área programática, responsabilizar-se pela organização e gestão, em nível territorial, dos serviços estatais de saúde em todos os níveis de complexidade.

As regiões sanitárias têm como objetivo a programação, organização e avaliação das ações sanitárias de seus *efectores*¹⁹. Têm prerrogativa legal na organização dos serviços de atenção básica e especializada, segundo a capacidade de resolução definida para as mesmas, e na articulação em redes locais, regionais e inter-regionais com os serviços de maior complexidade. As áreas de saúde respondem a uma delimitação geográfico-populacional sendo os CeSACs as sedes administrativas das competências locais em matéria de saúde. Estes seriam os encarregados de realizar uma análise das características sócio-epidemiológicas locais tendo a capacidade e a competência para propor a quantidade e o perfil dos serviços de atenção.

Como pode se observar na Figura 3 a Cidade de Buenos Aires possui 13 Hospitais Gerais, 19 Hospitais especializados, 2 Centros de Saúde Mental, 2 Centros Odontológicos Infantis, 42 Centros de Saúde e Ação Comunitária, 39 Centros Médicos de Bairros, 82 consultórios de médicos de cabeceira, 68 consultórios de odontólogos de cabeceira.

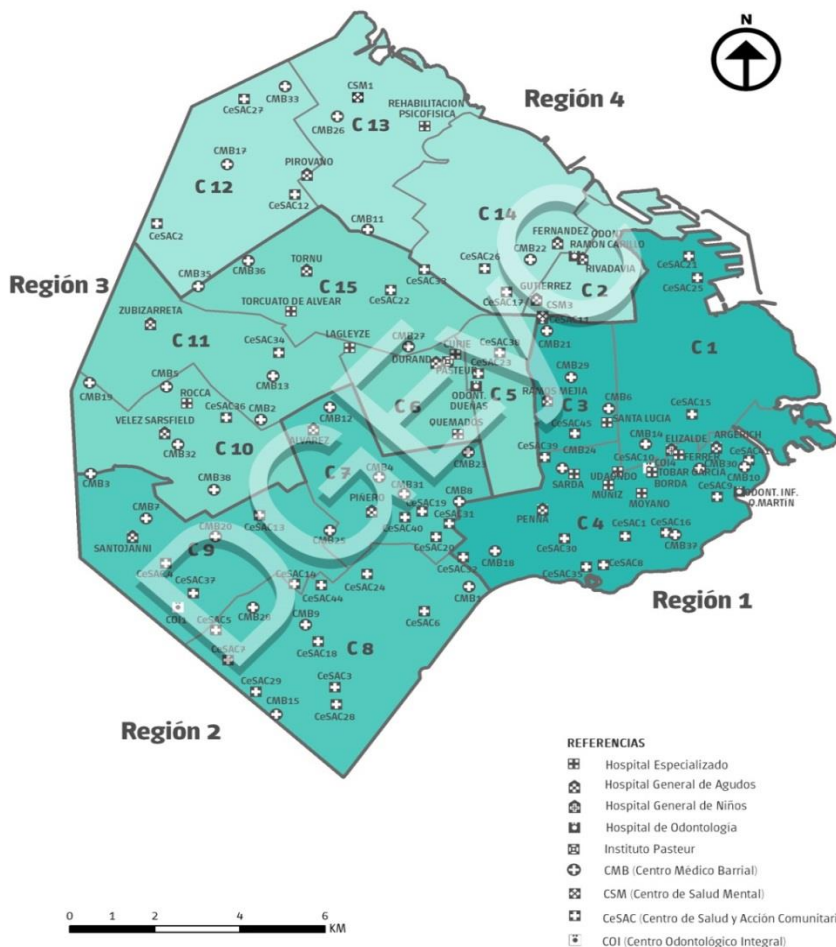
¹⁸ Para o momento de elaboração deste estudo, O Ministério de Saúde da CABA se encontrava num processo de reestruturação que compreendia dentre suas mudanças, a criação da Secretaría de Atención Primaria, independizando este nível de atenção da gestão do Hospital. Esta nova organização se encontra aprovada, porém não tem sido implementada até a data de finalização deste escrito.

¹⁹ A Lei básica de Saúde da Cidade de Buenos Aires define em seu artigo nº 24 como efetores de saúde “hospitales generales de agudos, hospitales generales de niños, hospitales especializados, centros de salud polivalentes y monovalentes, médicos de cabecera, y toda otra sede Del sub-sector estatal en la que se realizan acciones de salud”. Lei nº 153 Lei Basica de Saúde da Cidade de Buenos Aires. Buenos Aires, 25 de febrero de 1999.

Figura 3 – Rede de atenção à saúde na CABA

Regiones Sanitarias y Comunas

Dirección General de
ESTADÍSTICA Y CENSOS
Ministerio de Hacienda



Fonte: BUENOS AIRES CIUDAD. Estadística y Censos. Mapa de Regiones Sanitarias y Comunas. Año 2013.

Dentro de cada CeSAC, o Serviço Social é uma área que teria como finalidade por excelência (embora não exclusiva, muito menos privativa) garantir a acessibilidade ao sistema de saúde pública, acessibilidade

[...]definida como o vínculo que se constrói entre os sujeitos e os serviços. Este vínculo surge da combinação entre as condições e discursos dos serviços e se manifesta na modalidade particular que adquire a utilização dos serviços. (STOLKINER; COMES, 2004, p.138-139).

Enquadrados na lógica da APS, os/as Assistentes sociais nas duas realidades expostas, têm como problema/objeto de intervenção todas as atividades que tendem a garantir a saúde desde a perspectiva da multicausalidade, debatendo seu fazer profissional entre a atenção individual e a abordagem comunitária da saúde. Para isto, se valeriam de diferentes estratégias orientadas a atender as diversas problemáticas que se apresentam, organizando sua jornada de trabalho no marco de espaços para a articulação em rede, saídas à comunidade, atividades de difusão dos serviços e espaços de atenção individual. É necessário esclarecer que aqui se coloca tanto o funcionamento dos CeSACs e das Unidades Básicas quanto ao desenvolvimento profissional dos/as Assistentes sociais da maneira como se expressam nas normas escritas, o qual não necessariamente se traduz na realidade cotidiana. Poder-se-ia dizer inclusive, que de fato a implementação da política de saúde, claramente focalizada, filha do estado neoliberal travestido de socialdemocrata, entra em contradição constante com o que “deveria suceder”.

Tal e como manifesta Behring

As expressões da questão social, por seu turno, encontram-se exponenciadas nesse tempo histórico de crise do capitalismo, com seus fortes impactos sobre o mundo do trabalho. Essa situação redimensiona a Política Social em todos os quadrantes, imprimindo uma dinâmica focalista e assistencialista – o que é diferente da visão de assistência social como política de seguridade, que vimos defendendo no âmbito do projeto ético-político, construído pelo Serviço Social no Brasil. Neste início de século 21, estamos cada vez mais distantes da experiência social-democrata europeia dos tempos de pleno emprego e crescimento após a

Segunda Guerra Mundial, e cujos ares chegaram retardatariamente entre nós com a Constituição de 1988, e se tornaram logo em seguida rarefeitos pelos impactos das orientações neoliberais e da política macroeconômica desde o Plano Real (1994). Na verdade, temos uma forte reação burguesa à crise do capital, desde os anos 1980, que vem desencadeando processos regressivos (BEHRING, 2011, p.9).

Na Cidade de Buenos Aires, a APS se traduz – ou assim deveria ser segundo o que a Lei Básica de Saúde estipula – nos Centros de Saúde e Ação Comunitárias, órgãos descentralizados dos hospitais públicos da CABA.

Para poder indagar como a APS materializa estes princípios nos CeSACs, é necessário ter uma mirada retrospectiva dos mesmos, desde seu início na década do 1980 até seu funcionamento na atualidade, em uma conjuntura onde as instituições públicas, tanto de saúde como de outras áreas, devem sobrepor muitos obstáculos para poder se desenvolver segundo o que se pretende delas.

A implementação dos postulados da APS não escapa a esta realidade, já que em muitas ocasiões encontra seus limites nas possibilidades reais dos Centros de Saúde para operacionalizá-la.

No bojo das mudanças estas instituições que têm sofrido, consideramos os sujeitos que são atendidos nos CeSACs como peças fundamentais para repensar tanto a forma em que se configuram as intervenções dessas instituições, como os múltiplos cruzamentos entre sujeitos, instituições, Assistentes Sociais, equipes de saúde e modelos de intervenção.

A Lei Básica de Saúde da CABA afirma também que o subsetor estatal de saúde se organiza e se desenvolve conforme a estratégia de APS, com a constituição de redes e níveis de atenção, hierarquizando o primeiro nível e garantindo a articulação dos três níveis de atenção em uma saúde mediante um adequado sistema de referência e contrarreferência, com desenvolvimento de redes de serviços que permitam a atenção integrada e de qualidade para todas as pessoas. Seguindo esta ideia, se define o primeiro nível de atenção como aquele que “compreende todas as ações e serviços destinados à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em especialidades básicas e modalidades ambulatoriais” (Artigo 18º/ Lei nº 153/1999). Consta como objetivo da organização do primeiro nível de atenção: se “constituir a porta de entrada

principal e a área de seguimento das pessoas nas redes de atenção” (CABA, 1999), realizando-se mediante a coordenação e implementação de um sistema de informação e vigilância epidemiológica e sanitária, garantindo a formação de equipes interdisciplinares e intersetoriais, realizando ações de promoção, prevenção, atenção ambulatorial, incluindo a internação domiciliar, promovendo a participação comunitária, garantindo às pessoas a capacidade de resolução adequada às suas necessidades de atenção, estabelecendo articulações horizontais e com os outros níveis, com critério de rede e mecanismos de referência e contrarreferência.

3. E O SERVIÇO SOCIAL?

No capítulo anterior, foi realizado um breve recorrido pelo processo que configurou a Política de Saúde no Brasil e na Argentina. Partindo do momento em que a saúde é contemplada como um dos “problemas” sob responsabilidade do Estado -entenda-se finais do século XIX e início do século XX-, mas também fazendo uma diferenciação do que se tem entendido por saúde e por responsabilidade do Estado, até chegar aos dias atuais. Tentou-se caracterizar os diferentes modelos e abordagens da saúde como problema social.

Na mesma lógica, foram apresentados e caracterizados os modelos de abordagens da APS nas cidades de Florianópolis e Buenos Aires, entendendo-as só a partir do enquadramento num sistema de saúde específico, e não só os modelos de abordagens, como também as concepções por traz destes e os questionamentos às mesmas, sempre na tentativa de aproximar ao leitor e à leitora o cenário no qual essa pesquisa se desenvolve, mas sobretudo, para entender a historicidade de constituição desse cenário.

Porém, este trabalho é sobre a saúde, é sobre a APS, e fundamentalmente sobre o exercício profissional na APS em Buenos Aires e Florianópolis. Pois bem, o Serviço Social será nosso foco neste capítulo, no qual exploraremos as formas que adquire seu exercício cotidiano e contemporâneo no cenário apresentado, bem como o entendimento do processo no qual este se profissionaliza e a trilha percorrida para alcançar sua forma atual.

3.1 REFRESCANDO A MEMÓRIA E LIANDO CABOS: PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E NA ARGENTINA

Fazer uma descrição de um processo histórico sempre nos remete a uma imagem: algo extenso. Não sendo o objetivo deste trabalho entrar em detalhes sobre o momento de surgimento da questão social como problema e das formas de assistência nos Estados Europeus e Latinoamericanos²⁰, destacamos que trabalhar-se-ão sim estas questões, mas sempre na tentativa de colocar pontos de encontro e divergência entre os países aqui citados.

²⁰Que por certo já foram muito bem desenvolvidos por autores como Castels (1997), Doncelot (2007; 2008), Martinelli (2000), Alayon (1988), Danani (1998), Manrique Castro (1982), Carvalho (1983), por citar alguns.

Assim, o foco principal sessão é entender o processo mediante o qual o Serviço Social -e junto com este a assistência social- se profissionalizam. Esclarecido isto, iniciamos o percurso nos primórdios do século XX.

3.1.1 Uma necessidade do capital

Embora o surgimento do Serviço Social, esteja diretamente vinculado à igreja católica, é fato conhecido que o mesmo não surge como fruto da boa vontade das pessoas, longe disso. A ideia de uma profissão que ocupe na divisão sócio-técnica do trabalho o lugar de “atender aos pobres” surge de uma necessidade ainda maior, qual seja, a instauração do capitalismo como modelo de organização social trazia com ele um problema: a liberdade.

Como deixa claro Marx (2013), no Capítulo IV do livro I do Capital, os sujeitos, livres de qualquer tipo de propriedade –fora a sua própria força de trabalho – podem se colocar em venda livremente. A noção do duplo sentido de liberdade de Marx, traz a primeira lição de perversidade do capitalismo: serás livre para vender tua força de trabalho, a única propriedade que resta aos despossuídos dos meios de produção. Esta noção apresenta a falsidade da igualdade formal. Todos os sujeitos nascem livres, mas para viver, devem poder comprar seus meios de subsistência, que em linguagem mortal seria: teto, abrigo, comida e capacitação da força de trabalho -educação - por falar de subsistência mesmo e não de existência. E qual seria a forma de conseguir o dinheiro necessário para comprar comida ou pagar o aluguel, se nada mais tenho do que meu próprio corpo? Pois é, a venda do que ele é capaz de produzir: a força de trabalho.

Até aqui nos encontramos num cenário no mínimo complicado. Precisamos de dinheiro para sobreviver, e esse dinheiro só pode vir da venda da nossa força de trabalho (que nada mais é do que o desenvolvimento das próprias capacidades físicas e mentais, e, portanto, o desgaste destas). Posso não o fazer? Posso, e posso morrer de fome também. Afinal, ninguém será coagido a trabalhar com uma arma apontada para a cabeça (não no Estado de direito –formal).

Diz Marx,

Para transformar dinheiro em capital, o possuidor de dinheiro tem, portanto, de encontrar no mercado de mercadorias o trabalhador livre, e livre em dois

sentidos: de ser uma pessoa livre, que dispõe de sua força de trabalho como sua mercadoria, e de, por outro lado, ser alguém que não tem outra mercadoria para vender, livre e solto, carecendo absolutamente de todas as coisas necessárias à realização de sua força de trabalho. [...] Uma coisa, no entanto, é clara: a natureza não produz possuidores de dinheiro e de mercadorias, de um lado, e simples possuidores de suas próprias forças de trabalho, de outro. Essa não é uma relação histórico-natural [naturgeschichtliches], tampouco uma relação social comum a todos os períodos históricos, mas é claramente o resultado de um desenvolvimento histórico anterior, o produto de muitas revoluções econômicas, da destruição de toda uma série de formas anteriores de produção social. (MARX, 2013, p.244)

Então, supomos não morrer de fome ou frio. Como integrantes da classe trabalhadora aceitamos nossa condição de classe e vendemos “livremente” nossa força de trabalho (por favor, só suponhamos). Podemos dizer que nossa vida se encontra resolvida? Não, nunca pode ser fácil assim.

Acontece que o salário pago pela venda da força de trabalho é equivalente ao valor necessário para sua reprodução e para a reprodução da classe trabalhadora, que de forma mais gráfica pode representar-se como o trabalhador e seus dependentes.

Retomando Marx (2010), no livro “preço, salário e lucro” o autor esclarece sobre o valor da força de trabalho, que:

Como o de toda outra mercadoria, este valor é determinado pela quantidade de trabalho necessário para sua produção. A força de trabalho de um homem consiste, pura e simplesmente, na sua individualidade viva. Para poder se desenvolver e se manter, um homem precisa consumir uma determinada quantidade de meios de subsistência. Mas o homem, como a máquina, desgasta-se e tem de ser substituído por outro homem. Além da quantidade de meios de subsistência necessários para o *seu próprio* sustento, ele precisa de outra quantidade dos mesmos artigos para criar determinado número de

filhos, que terão de substituí-lo no mercado de trabalho e perpetuar a raça dos trabalhadores. Além disso, tem de gastar uma soma de valores no desenvolvimento de sua força de trabalho e na aquisição de uma certa habilidade (MARX, 2010, p. 111).

Isto nos leva a reforçar outra questão importante, qual seja, que o salário vai representar só o valor da força de trabalho, só o equivalente aos custos necessários para que o/a trabalhador/a exista, adquira habilidades necessárias para realizar esse trabalho e se reproduza, e não o valor em termos de produção, o valor produzido por esse trabalhador.

Suponhamos agora que a quantidade média diária de artigos de primeira necessidade imprescindíveis à vida de um operário exija *6 horas de trabalho médio* para a sua produção. Suponhamos, além disso, que estas 6 horas de trabalho médio se materializem numa quantidade de ouro equivalente a 3 xelins. Em tais condições, os 3 xelins seriam o *preço* ou a expressão em dinheiro do *valor diário da força de trabalho* desse homem. Se ele trabalhasse 6 horas diárias, ele produziria diariamente um valor suficiente para comprar a quantidade média de artigos de primeira necessidade, para se manter como operário (MARX, 2010, p. 113).

Então, vamos tentar pensar essa questão do valor da força do trabalho de uma forma mais concreta: hoje, com jornada reduzida para oito horas, uma pessoa seria paga por essas oito horas (que como foi dito, não seria pago o valor produzido nessas horas de trabalho e sim o valor da força de trabalho, que se produz num tempo bem menor ao da jornada).

Essa pessoa trabalha oito horas por dia, cinco ou seis dias da semana e seria pago por esses dias. Ainda mais, você trabalha quando é preciso para o capital – pois, na lógica do capital, quem vai pagar por algo que não precisa – e por um período da vida determinado, que é enquanto podemos fazer uso da nossa força e intelecto de forma produtiva (crianças que ainda não desenvolveram a motricidade, idosos e pessoas com deficiência ficam de fora neste mesmo instante).

Só que as pessoas vivem vinte e quatro horas por dia, comem trezentos e sessenta e cinco dias por ano e costumam viver antes de

desenvolver as capacidades motrizes e até atingir a média da expectativa de vida. E ainda mais, tem dependentes que também contam com a venda da nossa força de trabalho. Mas, no sistema capitalista, se parte do pressuposto de que essas horas pagas serão suficientes para obter os bens de primeira necessidade para dar conta de tudo que foi aqui relatado (isto claro, baseado no suposto que um trabalhador estará empregado por toda sua “vida útil”).

Achou exaustivo? Bom, lamento dizer que se o simples fato de pensar isto cansa, pense o tempo necessário e os meios necessários para recuperar o trabalho gasto na jornada, que não equivale ao trabalho pago da jornada. Insiste Marx,

Mas o nosso homem é um obreiro assalariado. Portanto, precisa vender a sua força de trabalho a um capitalista [...]. É aqui, então, que nos deparamos com a verdadeira dificuldade. Ao comprar a força de trabalho do operário e ao pagar o seu valor, o capitalista adquire, como qualquer outro comprador, o direito de consumir ou usar a mercadoria que comprou. A força de trabalho de um homem é consumida, ou usada, fazendo-o trabalhar, assim como se consome ou se usa uma máquina fazendo-a funcionar. Portanto, ao comprar o valor diário, ou semanal, da força de trabalho do operário, o capitalista adquire o direito de servir-se dela ou de fazê-la funcionar durante *todo o dia ou toda a semana*. [...] O valor diário ou semanal da força de trabalho é completamente diferente do ‘funcionamento’ diário ou semanal desta mesma força, de trabalho, são duas coisas completamente distintas, como são coisas diferentes a ração consumida por um cavalo e o tempo em que este pode carregar o cavaleiro. A quantidade de trabalho que limita o *valor* da força de trabalho do operário de modo algum limita a quantidade de trabalho que sua força de trabalho pode executar (MARX, 2010, p. 113-114).

Se o anterior não fosse suficiente, o salário vale o equivalente aos bens de primeira necessidade²¹, aqueles indispensáveis para garantir

²¹ Afirmação que nos obriga a, no mínimo, questionar a ideia de necessidades essenciais e a categoria necessidade desde toda sua complexidade. Tendo dado

reprodução ampliada da trabalhadora ou do trabalhador. Acontece que “*não só de pão vive o homem*”, ditado bem conhecido que esclarece de forma inquestionável, que o ser humano cisma em ser criativo, cisma em precisar bem mais do que teto e comida para ele e seus dependentes, ainda mais, precisa estimular essa sua capacidade criativa para se manter vivo em um estado digno de viver (como já foi colocado ao debater o conceito ampliado de saúde). Mas claro, para o capitalismo, e mais ainda, para aquele capitalismo incipiente, lazer, criatividade, educação e estímulo da capacidade criativa do homem e da mulher, não eram (nem são ainda completamente) reconhecidos como bens de primeira necessidade.

Retomando Marx,

Dentro do sistema do salariado, até o trabalho *não pago* parece trabalho *pago*. Ao contrário, no trabalho *escravo*, parece ser trabalho não remunerado até a parte do trabalho que se paga [...] como entre ele e seu senhor não houve trato algum, nem existe entre eles qualquer ato compra e venda, todo o seu trabalho parece ser gratuito. Tomemos, por outro lado, o camponês servo, tal como, existia -quase diríamos- ainda ontem mesmo, em toda Europa oriental. Este camponês, por exemplo, trabalhava 3 dias para si, na sua própria terra, ou na que lhe havia sido atribuída, e nos 3 dias seguintes realizava um trabalho compulsório e gratuito na propriedade de seu senhor. Como vemos, aqui as duas partes do trabalho -a paga e a não paga- aparecem visivelmente separadas, no tempo e no espaço, e os nossos liberais indignavam-se moralmente ante a ideia vergonhosa de que se obrigue um homem a trabalhar de graça. Mas, na realidade, tanto faz uma pessoa trabalhar 3 dias na semana para si, na sua própria terra, e outros 3 dias de graça na gleba do senhor, como trabalhar diariamente na fábrica, ou na oficina, 6 horas para si e 6 para o seu patrão, ainda que neste caso a parte do trabalho pago e a do não pago apareçam inseparavelmente dissimuladas pela *intervenção de*

uma aproximação no capítulo anterior sobre necessidades associadas e dissociadas ao salário, se entende aqui que só a discussão desta categoria merece nossa atenção por completo e não alguns parágrafos. Neste sentido, se recomenda a leitura de Topalov (1979), Danani (2004) Potyara (2008) entre outros.

um contrato e pelo pagamento recebido no fim da semana. No primeiro caso, o trabalho não remunerado é visivelmente arrancado pela força; no segundo, parece entregue voluntariamente. Eis a única diferença (MARX, 2010, p.117).

E o que tem a ver isso tudo com o Serviço Social? Pois bem, a contradição levantada até aqui é nada mais do que a questão social²² levada à sua manifestação mais concreta: a desigualdade estrutural do capitalismo. Alguém tem que dar conta dos custos da reprodução da força de trabalho –daqueles custos que não estão contemplados no salário- e como foi explicitado no capítulo anterior, o responsável por excelência pela manutenção da vida da classe trabalhadora no sistema capitalista seria o Estado burguês, que viria a intervir cada vez que este entra em contradição, cada vez que a falácia da igualdade e da liberdade, seja cogitada como questão. Para isto, o Estado precisou reconhecer a questão social como problema e intervir na atenuação das expressões da mesma.

Como afirma Donzelot,

(...) ¿qué podía, al despuntar el siglo XIX, amenazar una definición liberal de Estado? Dos cosas.

²² Opta-se neste trabalho pela definição de questão social apresentada por Estela Grassi (1989). Segundo a autora: con cuestión social se hace referencia a la puesta en escena de esa falla estructural del capitalismo moderno cuya emergencia, expresada en términos del problema del pauperismo, los especialistas ubican en el siglo XIX, cuando los conflictos toman una forma tal que ya no pueden ser resueltos por la vieja filantropía (...) Ahora bien, la cuestión social no se presenta como tal (como contradicción y virtualidad de la fractura), sino que, en cada época, se particulariza en problemas sociales que son, a la vez, la expresión hegemónica del modo como se interroga, interpreta, resuelve, ordena y canaliza la misma. El problema es, así, dependiente de su definición como tal en los procesos de hegemonización, donde se imponen los términos con que se lo nombra, describe y se especifica el contexto de referencia (económico, cultural, etc.), al cual es remitido (...) Un problema no se define aislado, sino inscripto en una red de problemas que mantiene continuidad en el tipo de argumentación, explicaciones, etc. Por lo tanto, la disputa por su definición es también por la determinación de las causas, por la atribución de responsabilidades por su formación, por la determinación de ámbitos de competencia en las soluciones y por los alcances de la voluntad política de intervención. En torno a ellos se discute, se publica, se crean especializaciones y cuerpos burocráticos, que el Estado oficializa (GRASSI, 2006).

Por una parte, el problema del pauperismo, la escalada discontinua de las olas de indigentes que, reclamando más subsidios del Estado, lo habían conminado durante el apogeo del período revolucionario a convertirse en la instancia reorganizadora del cuerpo social, basándose en el derecho de los pobres a la asistencia, al trabajo y a la educación.

Por otra parte, la aparición en el cuerpo social de fracturas tan profundas en materia de condiciones de vida y costumbres que podían engendrar conflictos gravísimos y pasibles de poner en tela de juicio el principio mismo de una sociedad liberal. El enfrentamiento entre una minoría burguesa civilizada y un pueblo bárbaro, que en vez de habitar la ciudad la invade, hacía planear sobre ella la amenaza de su destrucción (DONZELOT, 2008, p.58).

O trabalhador livre que outrora fora escravo, servo ou ninguém, podia ao menos contar com condições de escravidão, servidão ou indigência nas quais lhe eram garantidos leito, pão e água. No capitalismo, já nem isso teria como garantia. A promessa de igualdade do Estado moderno, não era mais do que a invisibilização da mortalidade do trabalhador –literalmente, sua sorte passa a depender de uma mão invisível.

A questão social como problema, além de colocar o outro como perigo, define uma forma de entender a força de trabalho, e de quem dará conta da sua reprodução. Reprodução que já não encontrava satisfação nem na caridade da igreja nem na filantropia dos setores dominantes. Estas formas de atendimento da questão social já tinham demonstrado ser insuficientes e a classe trabalhadora começava a questionar essa insuficiência.

Assim, da necessidade de profissionalizar esta assistência para dar conta da questão social, mas outorgando-lhe um caráter Estatal, surge o Serviço Social num contexto que é caracterizado por Raul de Carvalho da seguinte maneira:

O desenvolvimento da ‘questão social’ se dá num momento em que a constituição do mercado de trabalho em moldes capitalistas está em pleno amadurecimento nos principais centros urbanos. Nesse momento o capital já se ‘liberou’ do custo de

reprodução da força de trabalho A manutenção e reprodução, através do salário, está a cargo do próprio operário e de sua família. Sua sobrevivência se vincula ao mercado de trabalho, que apesar do caráter aparentemente individual dessa vinculação, é aqui que aparece mais claramente seu conteúdo social: sua existência e reprodução só se tornam possíveis enquanto elemento de uma classe, através da luta que trava para garantir e ampliar suas condições de existência. A exploração abusiva a que o operário é submetido - afetando sua capacidade vital - e a luta defensiva que o operariado desenvolve aparecerão para o restante da sociedade burguesa, em determinado momento, como uma ameaça aos seus mais sagrados valores 'a moral, a religião e a ordem pública'. Impõe-se, a partir desse momento, a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho (CARVALHO, 1980, p.43-44).

Claro que o autor se refere no parágrafo anterior ao Brasil de finais do século XIX e começos do século XX, mas veja que surpresa que os autores da região escrevem sobre esta questão: no seu texto, “De apostoles a Agentes de Cambio” Manuel Manrique Castro, numa detalhada análise sobre o surgimento do Serviço Social na história latinoamericana, do seu vínculo direto com a igreja católica e numa forte crítica as análises etapistas do processo de profissionalização do Serviço Social, esclarece:

Actuamos bajo el entendido de que la profesión, ella misma, sólo puede ser entendida al interior del desarrollo de las relaciones de producción capitalistas, asentadas bajo particulares condiciones en cada uno de los países de América Latina. El proceso de imposición de la lógica capitalista es el eje alrededor del cual se articulan y organizan las funciones del Estado y la pugna de las clases sociales para lograr su hegemonía, y desde luego, entre el conjunto de ellas y la clase obrera, que emerge como contrario de la implantación de las relaciones salariales de explotación (MANRIQUE CASTRO, 1982, p.35).

O mencionado autor, afirma na mesma linha que Carvalho, que o Serviço Social se profissionaliza num momento específico do movimento

das relações de classe, das *relaciones conflictivas entre capital y trabajo* (MANRIQUE CASTRO, 1982). Esse momento específico estaria determinado pelo aumento da classe operária organizada (resultado não planejado das novas necessidades da ordem capitalista em expansão), a perda de legitimidade da igreja católica, que tendo perdido o protagonismo como ente encarregado da assistência (via caridade), vê numa aliança com o Estado a chance de retomar sua hegemonia ideológica. Essa aliança estaria orientada pela necessidade da “conciliação social” para o aprofundamento e continuidade do sistema capitalista. Assim, o autor vincula o momento histórico de profissionalização do Serviço Social e seu ingresso no ensino superior com a publicação de duas encíclicas papais: a Encíclica *Rerum Novarum* de 1891 e a Encíclica *Cuadragésimo Anno* de 1931²³ evidenciando a aliança entre o Estado e a Igreja.

Para que a conciliação de classes fosse possível, a propriedade privada devia ser entendida como natural, os ricos deviam “humanizar-se” e os operários aceitar sua condição (tão natural quanto a propriedade privada). Essa conciliação era o “bem de primeira necessidade” do capitalismo para sua legitimação como modelo de organização societário. Isto porque, ainda que a coerção fosse uma via possível de conseguir operários “adaptados” ao novo regime (e a mais utilizada até então), ela tinha um limite na sua capacidade legitimadora. Quando se perdem todas as garantias, incluído a da própria vida, quando nada mais se tem a perder, nada mais se tem a temer. Neste contexto:

Las relaciones conflictivas entre el capital y el trabajo, por lo tanto, tienen que terminar acatando la fuerza de la religión cristiana porque sólo ella puede ‘arreglar entre sí y unir a los ricos con los pobres’ (...). A los ricos había que inculcarles los deberes de justicia y caridad mientras a los pobres tenía que dárseles consuelo para que aceptaran su

²³ As Encíclicas *Rerum Novarum* e *Cuadragésimo Anno*, representam na história da igreja católica o momento no qual esta se coloca explicitamente como instituição capaz de garantir a “paz social” (via doutrina) no capitalismo. Nelas a Santa Sé manifesta de forma explícita a condição “natural” da divisão de classes e faz um chamado a ricos e pobres para aceitar essa condição e agir com a responsabilidade correspondente a cada um. Manrique Castro na obra citada faz uma análise minuciosa de cada uma das encíclicas que quem aqui escreve não poderia nem tentar parafrasear com o detalhe que essa análise merece, motivo pelo qual se recomenda a leitura do original.

condición de desposeídos de la fortuna. Si cada una de las clases atendiera estas recomendaciones, sería posible no sólo la amistad sino también un ‘verdadero amor de hermanos’ (MANRIQUE CASTRO, 1982, p.48-49).

Ou em palavras de Raul de Carvalho (1980, p.55)

A questão social não é monopólio do Estado. Se a este cabe, em nome do bem comum, regular a propriedade privada, e tutelar os direitos de cada um, e em especial daqueles que necessitam de amparo, não poderá ignorar os direitos naturais dos grupos sociais [...]. À igreja católica, através do apostolado do seu movimento laico, caberá a tarefa de reunificação e recristianização da sociedade burguesa através da ação sobre as corporações e demais grupos básicos, concluindo pelo alinhamento doutrinário do Estado laico ao direito natural orientado por normas transcendentais.

A mesma linha de pensamento será levantada por outros autores como Iamamoto (2011), Iamamoto e Carvalho (2014), Alayon (1988; 2007), Grassi (1989), Netto (2011), Lima Santos (1948), Oliva (2007), entre outros.

Neste sentido, falando do mesmo período na Argentina, Estela Grassi (1989) afirma que a profissionalização da assistência está diretamente vinculada à necessidade de doutrinação moralizador da classe trabalhadora, e claro, de que esta chegue a ser força de trabalho (e não morra antes). Escreve a autora que:

Es así que ante las nuevas condiciones socio-económicas [...], que implicaban contar con trabajadores sanos y con condiciones de ‘paz social’ que garantizaran la continuidad del régimen y la productividad del capital, y ante la necesidad de legitimación del propio Estado, frente a los nuevos problemas que planteaba una población urbana y heterogénea (promiscuidad, prostitución, indigencia, mendicidad), se perfilaron tres estrategias complementarias: a) la centralización de la asistencia, b) la tecnificación de la acción social, c) la restauración de la vida familiar y la

moralización de los sectores populares (GRASSI, 1989, p.44).

Com as “novas condições”, a autora faz referência ao cenário conflitivo já apresentado, acrescentando mais uma variável a ser levantada para nossa análise: a feminização da tecnificação da assistência. Seriam as mulheres dos setores dominantes as encarregadas da administração da assistência. Herdeiras das sociedades de beneficência²⁴ disputaram com o Estado o mantimento do papel de doutrinação da classe trabalhadora.

Nesta linha, Carvalho (1980) coloca de uma forma muito acertada que a feminização da assistência respondia à imagem dominante da mulher (imagem que carregamos ainda hoje) associada à mulher dotada de características “naturais” que faziam dela sujeito encarregado do cuidado por excelência – cá entre nós, podemos dizer que isto poderia ter sido uma novidade, mas só para as classes dominantes, pois historicamente desde que a divisão entre detentores do capital-riquezas-títulos e trabalhadores-servos-escravos existe, as mulheres do segundo grupo foram, desde que os registros históricos existem, as encarregadas do cuidado do lar e relegadas ao silêncio.

Estas características seriam definidas por Carvalho (1980), Grassi (1989) e Alayon (1980) como uma série de qualidades e atributos “naturais das mulheres” entre os quais vale mencionar: suavidade, bom senso, sensibilidade, delicadeza, e uma formação religiosa e de “boa educação familiar” que fazia das damas de sociedade, excelentes administradoras da assistência, mas sobre tudo, exemplo de obediência, moral e bons costumes tão necessários para “orientar” as famílias trabalhadoras.

Claro que o novo cenário requeria novas técnicas que por sua vez precisavam de uma especialização na temática, o que fez desenvolver-se:

Otro aspecto [que] apareció en el centro del debate y se materializó en nuevas estrategias asistenciales: el de la eficiencia de la acción construcción de un nuevo saber sobre los pobres. Evitar ‘la mentira y el abuso’ de supuestos ‘falsos pobres’,

²⁴ Entidades privadas administradas pelas “senhoras” das classes dominantes, foram as encarregadas da assistência e doutrinação moralizante dos trabalhadores. Representavam a assistência laica (o que não significava que não tivessem como valores norteadores os da religião católica) em tempos que a assistência ainda não era disputada pelo Estado.

moralizarlos, conocerlos y educarlos, requería avanzar más allá de esos ‘laboratorios de conducta’ que fueron los asilos, para entrar al hogar mismo de estas clases, espacio central de su cotidianidad (GRASSI, 1989, p.48).

Diante da instabilidade do controle via consenso de uma classe trabalhadora em crescimento e amadurecimento, cada vez mais organizada e embravecida, os exemplos moralizadores já não eram suficientes para garantir a condução, considerada adequada pela classe dirigente, da vida social. Aquelas mulheres, a sua bondade e bom comportamento, não representavam uma meta para os operários, que reclamavam com força por melhoras na sua qualidade de vida (e não só melhoras, as reivindicações traziam muitas vezes o desejo e a luta pela mudança do modelo societário). Assim, era necessário que estas novas estratégias fossem eficientes na busca da conciliação das classes, para isso, assistência devia ser estudada, pensada ne teorizada.

3.1.2 O Serviço Social vai à universidade: As primeiras escolas de Serviço Social no Brasil e na Argentina

Adentramos na década de 1920, e o contexto até aqui relatado é a base que usaremos para tentar descrever as diretrizes das primeiras escolas de Serviço Social²⁵. Base essa que relata um contexto que precisa desesperadamente da conciliação de classes, que tem um capitalismo em desenvolvimento e expansão na América Latina e uma classe trabalhadora organizada (e nisto alguns autores –incluído os já citados– vão ser bem específicos ao dizer que o velho continente não só nos trouxe o capitalismo como modelo de produção, como também seus trabalhadores. Imigrantes experientes e, sobretudo militantes: comunistas, socialistas e anarquistas).

²⁵ Tendo deixado claras as semelhanças existentes entre os países da América Latina, no que refere á caracterização dos momentos históricos em que se profissionaliza a assistência social, se entende a partir daqui que os processos descritos respondem a uma realidade regional, e que esta por sua vez é reflexo do lugar que a latinoamerica representa no capitalismo mundial. Tendo sido isso expressado no capítulo anterior, e reforçado nos parágrafos precedentes, opta-se a partir deste momento por fazer referência só aos casos argentino e brasileiro, respondendo a uma necessidade de recorte.

Um contexto que precisava dar conta da questão social, mas precisava fazê-lo mediante o braço do Estado. A necessidade da lei como garantia da igualdade formal do Estado moderno, das leis trabalhistas como asseguradoras de um contrato que “resguarda”²⁶ aos trabalhadores e as trabalhadoras, mas também a legitimação mediante a ideia do direito (também formal) de que o Estado Burguês, seria um Estado liberal, mas um Estado liberal no sentido de que presasse pelas liberdades e as garantisse por meio da sua arbitragem. Uma arbitragem “neutra” que ouvisse a totalidade da sociedade (ou seja, que também ouvisse a classe trabalhadora).

Isto significava atender às reivindicações por melhores condições de vida. De todos? Não, e por isso era preciso agir com cuidado impecável. Seria garantida a assistência para aqueles (e só aqueles) que demonstrassem merecê-la. Não existia possibilidade alguma de deixar aberta a porta para o entendimento de que uma forma diferente da venda de trabalho seria eficaz na busca dos meios de subsistência. E para isto, para poder discernir quais seriam os pobres merecedores da assistência e quais seriam os “aproveitadores”, o Estado precisava de profissionais treinados na atenção da pobreza, das suas causas inevitáveis (a incapacidade de trabalhar). Tais necessidades conformadas no bojo das relações sociais que se sedimentam, acabam por interpelar as personificações que se destacarão na implementação das escolas de Serviço Social.

Na Argentina, a primeira Escola de Serviço Social se funda em 1930 no Museu Social Argentino, antes disso, a ideia da assistência social como matéria de estudo teve espaço no curso de visitadoras de higiene social. Vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Cidade de Buenos Aires, o mesmo tinha como objetivo, segundo Estela Grassi (1989), constituir ajudantes de médicos que fizessem todo aquilo que estes “não tinham tempo para fazer”. Curso destinado à mulheres e criado em 1924, visava formar profissionais encarregadas de difundir normas de higiene, prevenção da saúde, ensinar a ordem e a economia doméstica²⁷. Nas palavras da autora,

²⁶ Se até aqui o sentido das aspas não é evidente, voltemos a pensar a real possibilidade de ter algum tipo de resguardo num sistema que oferece à grande maioria dos sujeitos, a venda de si mesmo como recurso único de sobrevivência.

²⁷ No seu livro “La mujer y la profesion de asistente social. El control de la vida cotidiana”. Define as mulheres como as destinatárias por excelência da assistência: as ricas como executoras e as pobres como receptoras.

Tales esfuerzos apuntaban a cubrir por lo menos dos objetivos explícitos: a) mayor eficiencia y economía en la labor asistencial [...]. b) evitar el desperdicio de fuerzas que en lugar de aplicarse a la producción, se convertían en ‘cargas sociales’, por la laxitud de una beneficencia indiscriminada. La combinación de dos fenómenos se hacían necesarios para el cumplimiento de estos objetivos: la capacitación técnica (ésta se obtenía en las aulas) y la combinación de ciertas virtudes, como la generosidad, el amor, la dulzura, etc., que se pretendían condiciones innatas del sexo femenino. Aquella era, al mismo tiempo, consecuencia y principio de la constricción de ese ‘nuevo saber’ acerca de los pobres de la sociedad; estas últimas, requisito para ganarse la ‘confianza’ de los asistidos, haciendo de ellos ‘colaboradores’ de la cruzada para la higiene del cuerpo y el virtuosismo de la moral obrera (GRASSI, 1989, p.48).

Configura-se, dessa maneira, um vínculo com a medicina que nos acompanhará até hoje, definindo a assistência a partir de um lugar subsidiário à medicina num plano maior: o da reeducação dos pobres. Reeducação dos seus hábitos, de toda sua cotidianidade. Precisou-se de trabalhadores saudáveis e de famílias ordenadas. O lugar ocupado pela medicina na criação das escolas da América Latina, não representa um acaso, nem menos a vontade de sujeitos visionários. Na linha que estamos pensando o surgimento do Serviço Social como profissão, mais precisamente o processo de profissionalização da assistência, deixa claro que cada um dos eventos marcantes nesta história, longe de pensar-se de forma isolada, deve entender-se como uma peça de um grande quebra cabeça: a necessidade de invisibilizar a desigualdade estrutural do capitalismo em prol da conciliação das classes.

Como afirma Manrique Castro falando da criação das escolas de Serviço Social na América Latina,

Que fuera un médico quien organizara y tomara las primeras iniciativas para la fundación de la escuela tiene cierta lógica, no sólo porque en aquella época médicos, sacerdotes, abogados, así como algunas ramas de la ingeniería, eran profesiones de gran significación social, sino que muchas de las funciones propias del estado recaían sobre

abogados o médicos (MANRIQUE CASTRO, 1982, p.26).

Assim, em 1930 se inaugura na Cidade de Buenos Aires a primeira Escola de Serviço Social na Argentina, e - não poderia ser de outra maneira,- a mesma seria dirigida pelo Dr. Alberto Zwanks, quem definiria o Serviço Social “como el conjunto de métodos destinados a desarrollar la personalidad del individuo o la familia asistida, reajustandolo con el medio en que vive” (ALAYON, 1992, p. 82). Não seria motivo de surpresa que para 1937, o Dr. Zwack fosse também (e de forma conjunta) diretor do Instituto de Higiene e Medicina Social, do qual dependia o curso de Visitadoras de Higiene Social (ALAYON, 1992).

No caso Brasileiro, Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho (2014) nos apresentam as *manifestações originais do Serviço Social* (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. em duas linhas claramente demarcadas: o surgimento do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS) em 1932, da mão do catolicismo laico, e do Instituto de Educação Familiar no Rio de Janeiro em 1937, com um viés mais estatal.

A respeito da primeira, a mesma se caracterizou por oferecer uma formação orientada a mulheres *formadas nos estabelecimentos religiosos de ensino, representativa expressão feminina das famílias que compõem as diversas frações das classes dominantes e setores aliados* (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.179). Segundo os autores, documentos existentes sobre as origens da CEAS, deixam clara a explícita intenção de formar profissionais que pudessem dar conta dos problemas sociais da época, sempre orientados pela doutrina social da igreja. Mas não só isso, o trabalho desenvolvido pela CEAS como catalizadora do movimento do apostolado laico e a configuração de lideranças da Juventude Feminina Católica, estabeleceriam a pressão necessária para a fundação, no ano 1936, da primeira escola de Serviço Social: a Escola de Serviço Social de São Paulo.

Com outras características, as Escolas do Rio de Janeiro carregariam também a marca da doutrina católica, mas acrescentariam na cena um protagonismo maior do Estado por meio das suas instituições públicas, *seja através do Juízo de Menores, seja de personalidades ligadas aos órgãos públicos de assistência médica, sanitária, e social e o apoio ainda mais explícito da alta administração federal e da cúpula hierárquica da Igreja e movimento católico laico* (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.191-192).

Na lógica apontada pelo capital, recordemos os movimentos trazidos por Manrique Castro (1982), de que a necessidade era da

conciliação social, valendo-se da doutrina social da igreja, mas numa ação tecnificada, com embasamento teórico sobre as “problemáticas vinculadas à pobreza” e prática homogênea que deixasse clara a noção de direito para quem merece e abrisse as portas para uma “reeducação” das classes operárias (mais precisamente da família operária). Segundo Iamamoto e Carvalho,

Aceitando a idealização de sua classe sobre a vocação natural da mulher para as tarefas educativas e caridosas, essa intervenção assumia, aos olhos dessas ativistas, a *consciência do posto que cabe à mulher na preservação da ordem moral e social* e o dever de *tornarem-se aptas para agir de acordo com suas convicções e suas responsabilidades*. Incapazes de romper com essas representações, o apostolado social permite àquelas mulheres, a partir da reificação daquelas qualidades, uma participação ativa no empreendimento político e ideológico de sua classe, e da defesa de seus interesses. Paralelamente, sua posição de classe lhes faculta um sentimento de superioridade e tutela em relação ao proletariado que legitima a intervenção (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 182-183).

Note-se que até aqui só foi apresentado o processo de profissionalização do Serviço Social, colocando na mesa os motivos pelos quais a profissionalização da assistência foi necessária num determinado momento histórico, indo neste percurso até o surgimento das primeiras escolas. Não temos detalhado as mudanças que essas escolas desenvolveram ao longo da história e os processos de transformação no interior da categoria, carregados de rupturas e questionamentos que nos levaram a trabalhar conscientemente para o afastamento desse papel outorgado à profissão.

Isto não se deve a que esses fatos não sejam relevantes ou ao desconhecimento dessas mudanças e transformações no interior das instituições encarregadas da nossa formação e da direção da categoria em geral. Também não significa que aqui se pretenda passar a errônea mensagem de que esses parâmetros que selaram as características das primeiras escolas permanecem intactos até hoje.

O porquê desse recorte responde a dois motivos: o primeiro é entender de onde viemos para poder analisar o hoje. Pensar o papel do

Serviço Social na sociedade capitalista, fazer esse exercício ativo de memória num momento em que - na academia - a interpretação da realidade a partir do método histórico crítico e da teoria de Marx representa a hegemonia nas produções de amplo acesso à formação no Serviço Social, faz parte da escolha consciente dessa forma de pensar a realidade. Caso contrário corremos o risco de desconhecer as produções atuais como produto de fortes transformações ocorridas no interior da profissão, as quais são produtos de lutas e conquistas que não estão garantidas, e precisam da nossa reflexão constante para manter viva a própria noção de crítica.

O segundo se refere justamente a importância contida no ato reflexivo e na adaptação deste exercício neste trabalho, que nada mais é do que uma dissertação de mestrado, o início de um caminho longo de reflexões. Assim, o recorte é necessário aqui, pois caso contrário correríamos o risco de nos afastarmos do objetivo prometido desde o início - que é pensar a maneira em que os processos de configuração da Política de Saúde e do processo de profissionalização tem repercutido na maneira em que se desenvolve o exercício profissional na APS, nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis – ante a riqueza da produção referente às inúmeras transformações que tem acontecido no Serviço Social, sua produção teórica e os questionamentos referentes às formas que deve adquirir seu exercício.

É por isto que, tendo apresentado a ideia de que o processo de profissionalização do Serviço Social reflete a necessidade específica do sistema capitalista num momento determinado do movimento concreto das relações de classe, devemos entender cada momento chave na história da sua configuração como parte desse movimento. O processo de profissionalização do Serviço Social, a sua existência como modo específico de trabalho na divisão social e técnica, corresponde à presença das condições objetivas –todas as até aqui relatadas- para sua existência. Ou, segundo Netto,

Ora, um tal mercado não se estrutura, para o agente profissional, mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco da sua prática - antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho; na emergência profissional do Serviço Social, não é este que se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional (NETTO, 2013, p.73).

Nesta linha de pensamento, entende-se então, que cada movimento, cada reestruturação do sistema capitalista, trará necessariamente uma reconfiguração ao interior do coletivo profissional. Mas longe está de ser uma transformação que nos coloque como peças imutáveis e simples receptoras dos movimentos do capital. Não devem confundir-se reconfiguração com adequação, já que como sujeitos históricos, mas mais ainda, como sujeitos da história, nos encontramos também em constante movimento e –por momentos com mais consciência, por momentos com menos- disputamos o trilho que tomarão essas reconfigurações. Assim, somos hoje como categoria profissional, grande reflexo daquelas condições que sentaram as bases para profissionalizar a assistência, e com ela a necessidade de profissionalizar o Serviço Social, mas também das disputas colocadas ao longo da história da profissão, e daqueles questionamentos que levantamos ainda hoje sobre como fazer e o por que fazemos.

Tendo esclarecido isto, podemos começar a pensar o exercício profissional na APS, nosso objetivo inicial.

3.2 FALAR DE SAÚDE, ATUAR NA SAÚDE

Na área da saúde a competência do Serviço Social parece ser apenas "a saúde", entendida de forma quase hegemônica na sua acepção biomédica, ou seja, como ausência de doença. Essa suposição se vê desafiada e interpelada não só pelas demandas que excederem esta área, mas também pela mesma concepção de saúde que se mantém nesses espaços (ao menos na formalidade) e que envolve pensar "saúde" desde uma perspectiva ampliada, integral, que envolve não só os aspectos fisiológicos, mas como um conjunto de fatores que compõem as vidas dos indivíduos.

De acordo com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), pode-se dizer que esta é o [...] *A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.* Embora essa ideia apresente um avanço nas definições relacionadas com o modelo biomédico, pois considera a dimensão subjetiva e mais abrangente dos sujeitos como o "objeto da saúde", ainda continua considerando a saúde como um estado, como algo possível de ser alcançado, sem vê-lo como um processo que está em constante mudança e que resulta da interação dos indivíduos tanto

com o ambiente em que se desenvolvem suas vidas, quanto com os outros, enquadrados na trama das relações sociais capitalistas.

Da mesma forma é questionável a ideia de "completo bem-estar", já que poderia se pensar que o bem-estar não é um conceito unívoco, mas sim ambíguo e que tem um significado particular para cada grupo social ou população, pois é de caráter subjetivo.

Aprofundando o olhar, pode-se inferir que este conceito, ao se apresentar como homogêneo, resulta um tanto normativo e disciplinar quando se trata de conferi-lo a grupos tão diversos e heterogêneos, para quem o "bem-estar" cobra significação a partir das suas próprias concepções de vida e morte, do desenvolvimento, da cultura, das reações sociais – com outros sujeitos, com a natureza, o meio ambiente – entre outros fatores.

Também se pode inferir que essa ideia aponta a pensar que pode haver um estado no qual o sujeito, e todos os sujeitos podem chegar a uma situação ideal, de bem-estar geral, de condições de vida iguais, quando na verdade isto não é apenas impossível – o ideal de felicidade completa e máxima – mas também esconde as relações desiguais estruturais em que o sistema capitalista se constrói onde a igualdade só poderá ser alcançada diante da superação da desigualdade estrutural ao próprio sistema.

Porém, poderia se dizer que a definição da OMS representa uma melhoria em relação ao modelo biomédico, visto que este último se baseia nas ideias da clínica e da patologia. Uma acepção restrita e limitada de saúde envereda, invariavelmente, no entendimento que leva a procura de causas únicas e específicas - unicausalidade - dessas, numa apreensão de que estas podem ser resolvidas com a quebra da cadeia de transmissão do "mal", como se esta fosse a única intervenção possível para garantir à saúde. No modelo biomédico a saúde é tida como estática e não como um processo dinâmico, sob um pretendido objetivismo científico, reconhece todos os indivíduos na ótica de um "funcionamento idêntico", tirando das pessoas a sua constituição social, produto do contexto em que se reproduz sua existência e a influência que o ambiente exerce²⁸ sobre elas, assim como a das pessoas sobre o ambiente num exercício cotidiano de inter-relação de ambos. Isto leva a configurar regras de funcionamento gerais, iguais para todos/as, como se fosse possível isolar o indivíduo do seu entorno para garantir-lhe uma solução para seus problemas, deixando de lado, por suposto, que a constituição destas problemáticas tem suas raízes

²⁸ Ambiente entendido não só como o espaço e tempo no que habita uma pessoa, mas também os sujeitos com os que interatua, e como todos no seu conjunto o fazem com esse ambiente.

no que está se ignorando: as condições estruturais de vida que possui o sujeito e sua comunidade.

É então essencial, para o desenvolvimento de qualquer atividade, e mais ainda para o exercício profissional (de qualquer categoria), desnaturalizar certas concepções e ideias enraizadas no senso comum dos diversos grupos sociais, como também em muitos setores do âmbito acadêmico, seja quanto à definição da OMS ou quanto às que se respaldam no modelo biomédico. Estes conceitos devem ser suscetíveis de se complexar e se contrapor a outros que tem surgido em contextos e conjunturas que não são idênticas, requisitando dos/as Assistentes sociais, em contextos como o latino-americano, o reconhecimento das especificidades e particularidades conjunturais. Em síntese, se considera aqui uma necessidade imperante reconhecer a saúde a partir de um ângulo histórico-político, em que não se apresente uma definição linear e enclausurada da mesma, mas que possa pensar a saúde como produto de disputas no interior do conjunto de profissões que a configuram, como uma área em constante desenvolvimento e mudança. Da mesma maneira, a perspectiva que os sujeitos ou “usuários/as” do sistema de saúde tem a respeito deste tema, deve-se tomar como uma peça constitutiva e fundante para pensar uma definição de saúde.

Nas palavras da Equipe do Programa de Saúde Pública e Comunitária – FLACSO:

[...] la salud es una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multi-determinado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales (CIIE-FLACSO, 2011).

Nesse sentido é pertinente pensar o que implica garantir o bem-estar biopsicossocial que aparecia com força na definição abordada por um dos Centros de Saúde em alinhados com estas definições alternativas ao modelo biomédico. Arouca expõe que pensar a atenção da saúde a partir deste paradigma, implica pensar que se a ideia de saúde transcenda a ausência de enfermidade, e que esta é um bem-estar biopsicossocial, ou seja:

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais, é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno, é o direito a ter água, a vestimenta, a educação, e, até as informações sobre

como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um ambiente que não seja agressivo, mas, que pelo contrário permita a existência de uma vida digna e decente, a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo. É não estar o tempo todo submetido ao medo da violência tanto daquela violência resultante da miséria que é o roubo, o ataque, como da violência do governo contra o seu próprio povo (AROUCA, 1987, p.35).

A partir disto cabe a pergunta: por que é necessário indagar sobre outras formas de conceituar a saúde e atuar no campo que a define e a põe em jogo? Pois, se o horizonte desse Serviço Social²⁹ é o da disputa por ser um coletivo profissional com uma perspectiva comprometida com e enraizada na classe trabalhadora, é então preciso partir de uma definição de saúde que seja o princípio regedor da prática profissional neste campo de intervenção. Como mediação possível, levanta-se a satisfação de necessidades e a disputa por direitos básicos desde o Estado, com a ciência de que o Estado é também portador de contradições e disputas; sendo preciso que a própria intervenção se edifique como um espaço democrático, de participação real e ativa dos sujeitos e dos profissionais com os que trabalha, reconhecendo-se simultaneamente como trabalhadores/as e cidadãos/as.

Vale esclarecer que ao falarmos sobre intervenção profissional – dentro do âmbito do Serviço Social – a entendemos de acordo à definição que elabora Guerra:

Se muitas das requisições da profissão são de ordem instrumental (em nível de responder às demandas — contraditórias— do capital e do trabalho e em nível de operar modificações imediatas no contexto empírico), exigindo respostas instrumentais, o exercício profissional não se restringe a elas. Com isso queremos afirmar que reconhecer e atender às requisições técnico-instrumentais da profissão não significa ser funcional à manutenção da ordem ou ao projeto burguês. Isto pode vir a ocorrer quando se reduz a

²⁹ Se for a intenção do Serviço Social, já que o coletivo profissional não é homogêneo e que dentro do mesmo há posições e interesses muito diferentes que são os que marcaram práticas, ideias e modos de intervir divergentes.

intervenção profissional à sua dimensão instrumental. Esta é necessária para garantir a eficácia e eficiência operatória da profissão. Porém, reduzir o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental significa tornar o Serviço Social meio para o alcance de qualquer finalidade. Significa também limitar as demandas profissionais às exigências do mercado de trabalho. É também equivocado pensar que para realizá-las o profissional possa prescindir de referências teóricas e ético-políticas. Se as demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas) então elas exigem mais do que ações imediatas, instrumentais, manipulatórias. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e políticos). Mais ainda, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos (GUERRA, 2007, p.10).

Se considera que a intervenção, neste sentido, articula o conhecimento com a ação a partir de conceber à realidade social onde se intervém como uma “*totalidad*” em termos de Kosik, desde a qual apreendemos as situações e transcendemos a imediaticidade do fenômeno – o espaço da particularidade –, entendida como a mediação concreta entre os homens singulares e a sociedade (KOSIK, 1967), em que existe uma interação constante entre as dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas e ideológicas e ao mesmo tempo, aspectos objetivos e subjetivos dos atores que intervém.

Sem apresentar uma concepção de saúde, como algo para além do meramente fisiológico, ou para além da ideia de um bem-estar possível de se alcançar “de uma vez, e para sempre” sem modificar o modo de organização social em que os sujeitos existem (ou subsistem), ou que signifique algo homogêneo para grupos de pessoas que não o são, não é possível construir um campo de ação profissional na saúde nos termos até aqui colocados.

Não é menos certo que parte das concepções de saúde presentes nos diferentes níveis de atenção tem sido assimiladas – através de diversos meios de inculcação e legitimação – como verdades irrefutáveis

e naturais. É assim que a saúde ou a falta dela (formas predominantes de se referir à saúde na lógica predominante já apresentada) está diretamente associada à atividade dos profissionais das ciências médicas, deixando em segundo plano qualquer outro profissional que tente realizar alguma tarefa em prol da mesma.

As disputas por modificar essa noção de saúde como a exclusivamente médica, não é só uma tarefa conceitual como também diária e concreta nos lugares de trabalho, hierarquizando profissionais, dentro deste campo, que não tem ou tinham o *status* que potencialmente necessitavam para se posicionar e poder intervir a partir de outro modelo. Um modelo que incluía “o social” (a raiz das problemáticas de saúde na falta de acesso a direitos básicos, que não são mais do que a garantia a manutenção da vida da classe trabalhadora) como parte indissociável dos processos de saúde/enfermidade.

Olhar à saúde como uma manifestação isolada ou como uma peça solta desta grande questão social, abona a continuar reproduzindo esta contradição sem poder intervir num sentido que a transforme, que reúna esses fragmentos intencionalmente divorciados.

3.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL E APS

Numa tentativa de caracterizar a complexidade do trabalho na área da saúde- área que como já vimos, acompanha-nos desde os primórdios da profissão-, sem negar que os/as Assistentes sociais são só uma parte da engrenagem que faz a grande maquinaria do sistema de saúde rodar, mas tentando buscar resposta à contradição entre o pensar e o fazer na profissão³⁰, se propõe aqui pensar os/as Assistentes Sociais, no sentido elaborado por Marilda Iamamoto (2002), como trabalhadores/as assalariados/as que vendem sua força de trabalho. Por este motivo, o exercício profissional não pode se confundir com uma atividade militante (nem pode ser pensado sem uma ideia firme e comprometida acerca de um projeto societário, eis a sua complexidade), tampouco o cumprimento obediente dos objetivos prefigurados pela instituição trará consigo a garantia inquestionável da manutenção da fonte de renda. Nas palavras da autora,

³⁰ Sem negar também a importância das outras disciplinas que se exercem na área da saúde e muito menos pensar que corresponde ao Serviço Social, dar o exemplo da coerência.

nuestro desafío de intervención parece que es triple. Es dotarnos de una base teórico-metodológica que nos de seguridad para poder imprimir una dirección a nuestro trabajo. Una dirección que supone conocimiento, y supone elección de valores y por tanto tiene una dimensión ético-política. Y supone, por otro lado, una competencia técnico operativa, de elección de estrategias de acción que requiere un conocimiento de las condiciones y las relaciones de trabajo donde nosotros nos insertamos (IAMAMOTO, 2002, p.98).

Isto não significa que o/a trabalhador/a se encontre preso à instituição e só possa abordar as problemáticas que sejam reconhecidas pelas mesmas. Ainda que tais instituições, muitas vezes, contam com leque de demandas específicas a serem atendidas com soluções standardizadas. Para o/a Assistente Social significa então, que seu acionar tem que mediar entre a tensão que lhe significa seu rol de profissional assalariado, mas com um posicionamento ético-político ante as definições institucionais. Ou seja, colocam-se aí os elementos constitutivos da ação profissional em sua multideterminidade através de elementos como: os objetivos políticos da sua intervenção, a impressão de uma determinada orientação ético-política e a manutenção da sua fonte de renda.

Pensar estas questões nos faz localizar o trabalhador do qual falamos, um trabalhador inserido nos países da América Latina, com um capitalismo que toma as características da dependência, a qual vai se expressar na dificuldade com que a questão social vai se manifestar: na fome intergeracional, na superexploração, na falta crônica de emprego (questão que não repercute só nas problemáticas atendidas, senão também na própria configuração da identidade profissional).

Neste sentido, numa pesquisa realizada no ano de 2013³¹, ao perguntar aos/as profissionais acerca das características que assumiam as

³¹ Pesquisa realizada como Trabalho de Investigação Final (TIF) do curso de Trabalho Social da Universidade de Buenos Aires, em conjunto com a Lic. Natacha Levisman, no ano 2013, com o título: “Atención Primaria de la Salud: Estrategias entre lo urgente y lo importante.” Na mesma se buscava reconhecer a tensão existente entre a urgência das demandas nos dispositivos de Demanda Espontânea dos Centros de Saúde Portenhos, e a abordagem comunitária da saúde como premissa orientadora da Atención Primaria da Saúde (APS), e as estratégias

demandas dos sujeitos no dispositivo de Demanda Espontânea³², afirmaram que as mesmas se apresentavam como uma solicitação pontual, na maioria dos casos, construindo ao/a Assistente Social como “aquele que detém o recurso”, ou que pode facilitá-lo. Cria-se no imaginário social a ideia de que a assinatura dos/as profissionais assume o papel de chave mestre capaz de abrir portas que seriam impossíveis de atravessar.

E claro, sendo parte desta sociedade, o/a Assistente Social muitas vezes adota e reproduz esse imaginário, tendo isto um imediato reflexo na escolha teórico-metodológica que estes/as adotam, tanto para intervir nas problemáticas que se apresentam, quanto para interpretar a realidade, a conjuntura na qual estas se definem. Como assinala José F. Siqueira da Silva

Qualquer teoria social que não responda as angústias e às demandas imediatamente impostas aos profissionais é rapidamente descartada e rotulada de inadequada, demasiadamente complexa, ‘genérica’, ‘fora da realidade’ ou, de forma mais direta, ‘ineficiente’ e ‘ultrapassada’. A solução, então, recuperar um leque de

elaboradas pelos/as profissionais para superar (ou não) essa tensão (LEVISMAN, SÁNCHEZ CARAVACA, 2013).

³² O dispositivo denominado Demanda Espontânea no interior dos CeSACs se apresenta como um espaço flexível de atenção, que pode se organizar em base às necessidades que definem os/as profissionais, com horários que podem ser dias de atenção específicos ou parte do horário de atenção de cada jornada, dependendo das necessidades de cada comunidade. Este dispositivo se caracteriza por ser aquele ao que os sujeitos/usuários do sistema de saúde acodem para solicitar intervenções por questões particulares e das mais variadas índoles. São espaços nos quais os/as cidadãos/as podem, no marco de uma instituição estatal e pública - que se supõe entende à saúde como algo amplo - solicitar uma consulta não programada. Cristina Robertis fala de demanda nestes termos: “Una demanda es una acción, un acto realizado por el usuario (...) Hacer una demanda al trabajador social implica una movilización de la persona (o grupo) con el fin de encontrar una solución al problema que quiere resolver” (DE ROBERTIS, 2003, p.94). Tomando esta definição, Bernater e Ríos agregan, “entendemos por demanda espontánea a aquella que surge de la necesidad y del interés de la persona por encontrar una respuesta frente a una problemática social que la atraviesa, tomando éste la iniciativa de solicitar la intervención profesional” (2013, p.7-8). Este dispositivo oferece todas as áreas que se encontram nos CeSACs, pelo que o Serviço Social nestas instituições, também oferece este tipo de atenção.

conhecimentos ecléticos que reforçam o sincretismo presente na profissão desde sua origem [...] a sociabilidade em curso não apenas engessa o profissional nas suas relações de trabalho assalariado - estranhado, mas também, simultaneamente, endurece sua ‘alma crítica’ (vista como desnecessária), retira dele as condições objetivas para que ele se qualifique mais profundamente, para além do imediatamente posto no cotidiano profissional, submetendo-o a uma esfera meramente operativa. [...] o *status* grosseiro do ‘profissional que faz tudo’ ou do ‘teórico desnecessário, fora da realidade’, em contradição ao especialista competente, o ‘técnico’, que sabe o que quer ao recortar o ‘seu pedaço’ do real e definir, cientificamente, ‘seu objeto’ no campo movediço do multidisciplinar. (SILVA, 2013, p.127-131).

Pois bem, as problemáticas que se apresentam nestes espaços (e no exercício em geral, poder-se-ia dizer, sendo o Serviço Social uma profissão eminentemente interventiva) assumem duas características que o sujeito explicita na maioria das vezes: a de serem situações que refletem altos níveis de angústias próprias dum contexto de marcada desigualdade, e a necessidade urgente de uma resposta por parte do/a profissional que os recebe. Tal como expressava uma das usuárias que tive a oportunidade de acompanhar no marco das práticas pré-profissionais do último ano de Graduação do Bacharelado em Serviço Social: “¿y mientras tanto qué hago señorita? ” (“e por enquanto que eu faço moça? ”). O por enquanto se faz eterno e a resposta é esperada na brevidade.

Ao anteriormente expressado se soma a necessidade de cumprir com o que a instituição (no caso o Centro de Saúde) requer. No âmbito da saúde pública, como na maioria dos serviços públicos num estado Burguês³³, os parâmetros de atenção se medem em termos de estatísticas, nas que se ponderam a quantidade de consultas por sobre a qualidade das mesmas. Assim,

³³ Termo que merece um desenvolvimento teórico, que não podendo ser realizado aqui (pois opto por aprofundar o mais possível na categoria exercício profissional e sua contextualização na área da saúde), opto por nomeá-lo da maneira que expresse o marco ideológico-conceitual do que se entende o Estado neste trabalho: como âmbito de disputa, mas essencialmente, como ferramenta burguesa de garantia das relações de produção capitalistas.

se subordina a todas las disciplinas a una lógica médica, específicamente médico hegemónica, según la cual es más valorado por su efectividad la cantidad de pacientes que se atiende, que la calidad de la prestación o lo que se trabaja con cada uno/a. Las lógicas de productividad no quedan por fuera del espacio en el que se desarrolla la tarea de los equipos de salud. En este sentido, una de las Trabajadoras Sociales entrevistadas de un CeSAC del Área Programática del Hospital Ramos Mejía manifiesta, ‘Me duele actuar de manera urgente porque siempre siento que no va a ser lo más equitativo. Sí hay una urgencia y lo estoy trabajando con otro que cree que es una urgencia, bueno me pongo a tono con la urgencia, pero a veces me ha tocado decir ‘bueno, pará, a ver...veamos’ [...] Eso te genera una situación de estrés terrible y te genera horas de intervención y en los CeSACs te dan horas como en los hospitales’ (LEVISMAN, SÁNCHEZ CARAVACA, 2013, p. 55).

Do explicitado pela Assistente Social, advém o que com grande clareza expressa José Paulo Netto,

Existe aquí, no mínimo, um paradoxo, e ele pode ser formulado da seguinte maneira: como uma intervenção, idelamente referenciada por um sistema de saber e enquadrada numa rede institucional, revela-se factualmente pouco discriminada e particularizada em face de intervenções cujo referencial é nebuloso e cuja inserção institucional é aleatória? Entendemos que a resolução deste aparente paradoxo deve ser buscada em duas ordens de razões: as condições para a intervenção sobre os fenómenos sociais na sociedade burguesa consolidada e madura e a funcionalidade do seu Estado no confronto com as refrações da ‘questão social’ (NETTO, 2011, p. 100).

Pois não estando a solução, a saída deste paradoxo, na simples busca da especificidade e sim na construção dum projeto societário que

tenha como orientador a emancipação humana, resta à profissão o estudo, a desnaturalização dos mecanismos que articulam as formas de existência no capitalismo, a reprodução dos homens e do sistema em que estes se desenvolvem, o como e quando nossas ações reproduzem ou problematizam essa realidade, pois como bem afirma SILVA (2013), não é o Serviço Social quem fará a revolução, mas pode ser útil nesse processo. E isso só será possível diante a organização dos/as profissionais como coletivo, como classe trabalhadora, transcendendo os muros das universidades como excelsos espaços de discussão, e com esse movimento, a divisão entre quem age e quem pensa³⁴.

Retomando então, soma-se ao anterior, o fato de que na atenção na área da saúde, (como em qualquer tipo de atendimento que envolva o atendimento com pessoas) se conjuga a possibilidade do encontro com o outro, com os requerimentos laborais do profissional e os eixos que este entenda elementar para uma abordagem das problemáticas, expostas estas como expressões de uma questão estrutural, buscando transcender a imediatez das mesmas e vistas como insumo para a problematização da realidade que lhe dá lugar. Embora não sempre este objetivo se logre, os/as Assistentes sociais elaboram estratégias que permitem dar aquela resposta ao sujeito, sem negar que as problemáticas são tão fragmentadas quanto as soluções que poderia oferecer, se não a transcender no trabalho conjunto orientado a médio e longo prazo.

Surgem neste contexto as incógnitas: como seria possível conjugar os ideais, as escolhas ético-políticas dos e das Assistentes sociais com o fazer cotidiano marcado pela urgência e falta de recursos? Que instâncias são suscetíveis de serem planificadas e pensadas com o cuidado necessário para garantir a coerência entre o pensar e o fazer? Depende só do coletivo profissional a conquista dessa coerência?

Pois bem, deve ter se observado até aqui, que é motor deste trabalho refletir acerca do que acontece no cotidiano profissional, em que

³⁴ Basta ver a quantidade de produções não aceitas nos congressos internacionais (ou, talvez mais fácil de reconhecer, o número de presença nas mesas de apresentação de trabalhos) por serem relatos de experiência, ou a forte redução da carga horária de matérias práticas nos planos de ensino de graduação para, no mínimo perguntar-se, quando é que vão se “misturar” os acadêmicos com os traços interventores. Não é casual, entendo, que se reconheça a prevalência dos rasgos conservadores da profissão, nas estratégias adotadas para enfrentar problemáticas pelos/as assistentes sociais em exercício, e os avanços nas perspectivas críticas ao interior do Serviço Social, como característica exclusiva da academia.

se intenta identificar o que significa pensar questões ouvidas recorrentemente como problemáticas no interior do coletivo profissional, uma delas (das mais levantadas nos últimos tempos), a coexistência de pensamentos críticos com intervenções de corte conservador.

Mas então, o que é o Serviço Social? Que fazem os e as Assistentes Sociais? Nos debates acadêmicos atuais, existem noções que se apresentam consensuadas, hegemônicas e legitimadas, demarcadas num discurso resultante da confluência entre um olhar predominante nas produções acadêmicas, de corte marxista e as correntes conservadoras, herdadas da gênese (NETTO, 2011), do qual resulta a ideia segundo a qual os/as Assistentes sociais seriam “aqueles/as que vem para facilitar alguma coisa” (seja facilitar processos de ruptura, organização, problematização, reorganização, ou seja um profissional que atende simplesmente de forma técnica à implementação de políticas públicas). Essa ambiguidade no coletivo profissional é no mínimo perigosa, pois tal e como afirma a Assistente Social de um dos CeSACs (Centros de Saúde e ação Comunitários), *nosotras no podemos intervenir sobre nada si no nos interpelamos primero*.

Repensar esta visão de os/as Assistentes sociais nos convoca a tentar evitar uma definição simplificadora e caminharmos no esforço de entender a profissão, e o desempenho profissional, desde uma maior dimensionalização, complexificando o olhar e tentando manter uma linha coerente de trabalho ao longo desta investigação. Entre estas dimensões que configuram o tipo de Serviço Social que aqui se tenta caracterizar, poderíamos mencionar aquela que nos posiciona inseridos nas relações sociais capitalistas, que também caracterizam aos/as profissionais como parte de uma classe, é dizer, atravessados por sua condição de classe enquanto trabalhadores/as assalariados/as.

Assim, os e as assistentes sociais constituídos como profissionais capacitados, formados – desde uma determinada perspectiva ético-política como foi dito anteriormente – e comprometidos com a construção de um tipo de conhecimento socialmente referenciado, assim como, com a problematização daquilo que é construído por outros/as, devem poder significar e disputar o sentido e a orientação das nossas práticas (trabalho para nada fácil e produto de lutas e negociações constantes). É fundamental considerarmos os sujeitos do nosso trabalho imprimindo-lhes esse rumo, explicitando o caráter político do mesmo.

No trabalho cotidiano na área de saúde, a dupla identidade de trabalhadores/as assalariados/as – intelectuais (IAMAMOTO, 2002) se expressa na contradição entre o agir e o pensar dos e das Assistentes

Sociais. Contradição que se manifesta, por exemplo, na influência do recorte de problemáticas que a instituição (hospital, posto de saúde, etc.) delimita e dentro das quais, em numerosas ocasiões, os/as profissionais devem ponderar um tipo de intervenção por sobre outras, lidando com os condicionamentos institucionais e seus próprios limites orientados por uma escolha metodológica, ideológica e política.

Veja bem, como já bem tem se escrito, pensado e repensado, a tarefa interventiva exige o ato intelectual, a possibilidade de intervir fazendo uso do conhecimento já produzido, bem como da produção de conhecimento crítico de maneira mais integral sobre a questão social, buscando romper com maneiras mecânicas ou com formatos pré-fixados pela instituição. Esta será a chave para compreender o Serviço Social como uma prática que tensiona o reconhecimento integral das demandas, reconhecendo a complexidade do seu exercício e que os e as profissionais conhecem e intervém num mesmo processo. Partir desta ideia é essencial para a inclusão desta lógica no processo de trabalho, já que se torna uma ferramenta fundamental para expandir a limitada ação própria dos condicionamentos institucionais.

Como bem sinala Yolanda Guerra:

Tratar-se-á aqui da instrumentalidade como uma mediação que permite a passagem das ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente. Como mediação, a instrumentalidade permite também o movimento contrário: que as referências teóricas, explicativas da lógica e da dinâmica da sociedade, possam ser remetidas à compreensão das particularidades do exercício profissional e das singularidades do cotidiano. Aqui, a instrumentalidade sendo uma particularidade e como tal, campo de mediação, é o espaço no qual a cultura profissional se movimenta. Da cultura profissional os assistentes sociais recolhem e na instrumentalidade constroem os indicativos teórico-práticos de intervenção imediata, o chamado instrumental-técnico ou as ditas metodologias de ação (GUERRA, 2007, p.12).

Nesta linha, vale lembrar que, a imagem que é atribuída ao exercício profissional está enquadrada num determinado desenvolvimento histórico da profissão, na qual se colocam em jogo tanto

as práticas que lhe tem sido outorgadas, quanto as disputas e reivindicações que os e as assistentes sociais tem sabido (lutado para) constituir como identidade profissional (como aqueles rasgos, práticas, discursos, conceitos e categorias constitutivas). Então, além de ser inconsistente, a reivindicação da divisão teoria-prática como questão inerente a prática profissional representa um grande equívoco, uma falácia que desconhece a prevalência do ecletismo ou reivindica a simples declaração de obsolescência do marxismo como teoria orientadora de análise da profissão nas produções contemporâneas.

As mediações (PONTES, 1995) nas instituições são imperiosamente necessárias na busca da saída da imediatividade, a trilha necessária para uma compreensão da realidade como totalidade e reencontro com debates no interior do coletivo do Serviço Social, e frise-se, não podemos esquecer que a Universidade, a academia, é também uma instituição. O primeiro passo na superação da ideia de dicotomia entre teoria e prática, quem sabe, possa ser a problematização da ideia de que ela se dá mais no âmbito do exercício profissional, do que no acadêmico.

4. APS EM BUENOS AIRES E FLORIANÓPOLIS: UMA APROXIMAÇÃO A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE TRABALHO

Até aqui temos discutido questões que vão desde os fundamentos da Política Social até a inserção dos e das Assistentes Sociais na área da saúde, passando pelos processos históricos que enquadraram a configuração da política de saúde na Argentina e no Brasil, ou seja, as características que estas políticas adquiriram na implementação dos sistemas de saúde e da atenção básica da saúde nas cidades foco do estudo. Vimos também como se desdobraram os processos que fizeram necessária a intervenção na pobreza e tentamos discutir que, mesmo surgindo como uma necessidade do capital em um momento histórico determinado, o Serviço Social, sua configuração e a definição dos seus parâmetros de atuação são território fértil de disputas.

Chegou então o momento de pensar como todas as questões expostas até aqui manifestam-se no exercício cotidiano de profissionais inseridos na atenção básica da saúde na CABA e em Florianópolis. Para isto, uma breve apresentação é necessária³⁵.

A Cidade Autônoma de Buenos Aires possui uma população total estimada de 3.044.076 milhões habitantes (MSAL, 2016). Em relação aos indicadores de saúde, o último censo, realizado em 2010, aponta que: o índice bruto de mortalidade a cada 1000 habitantes para o ano de 2013 foi de 10,6 e o de natalidade de 14,3. Dentro dos índices de natalidade, podemos ver que: a porcentagem de nascidos vivos em estabelecimentos assistenciais (com relação ao total de nascidos vivos) para 2013 foi de 99,6. Sendo nascidos de baixo peso 7,2%. Do total de percentual de mortalidade, podemos observar um índice de mortalidade materna de 1,6% a cada 1000 habitantes e de mortalidade infantil de 8,9 a cada 1000 habitantes. O INDEC apresenta também, um dado importante em relação às condições de vida e acesso às políticas sociais dos portenhos. Segundo o último censo a porcentagem de população com Necessidades Básicas Insatisfeitas (NBI) era de 7,0% e a porcentagem de analfabetismo em pessoas acima de 10 anos é de 0,5%.

Por sua parte, Florianópolis, é uma cidade com uma população estimada em 2015 de 469.690 mil habitantes. Segundo o último censo,

³⁵ Para a descrição apresentada a continuação foram coletados os dados mais recentes disponíveis em cada país. Os mesmos correspondem a dados do INDEC e IBGE que foram recopilados pelos Ministérios de Saúde do Brasil e da Argentina.

realizado também em 2010, a porcentagem de população com baixa renda era de 7.83%, a porcentagem de analfabetismo é de 1,9% (IBGE, ano). O total de óbitos para o ano 2013 foi de 2.292, a taxa de mortalidade infantil para 2013 foi de 5,17. A taxa bruta de natalidade para o mesmo ano foi de 13,2. Dentro dos índices de natalidade, podemos ver que: o número de nascidos vivos para 2013 foi de 5.609 tendo uma porcentagem de nascidos de baixo peso de 8,5%.

Os dados apresentados demonstram que estamos tratando de cenários diferentes: por um lado temos o Distrito Federal de um país e de outro a capital de um estado. Nem os dados demográficos, nem os indicadores de mortalidade e natalidade, nem as realidades mostram alguma semelhança proporcional. Inclusive, a disponibilidade de dados atualizados para CABA é muito maior do que para Florianópolis, o que nos faz ter que comparar uma realidade que se apresenta desatualizada no que concerne aos números. Também não contamos com o número de centros assistenciais proporcionalmente similar, inclusive, o número de postos de saúde em Florianópolis é maior, sendo uma cidade com uma população 7 vezes menor que a CABA.

Com isto, buscamos afirmar que, considerando que esses dados fazem a caracterização do cenário no qual os e as Assistentes sociais protagonistas desta pesquisa desenvolvem seu exercício profissional, estes não bastam para a compreensão dessa realidade. Mas, como expressa Kosik:

La distinción entre representación y concepto, entre el mundo de la apariencia y el mundo de la realidad, entre la práctica utilitaria cotidiana de los hombres y la praxis revolucionaria de la humanidad, o, en pocas palabras, ‘la escisión de lo único’, es el modo como el pensamiento capta la ‘cosa misma’. La dialéctica es el pensamiento crítico que quiere comprender la ‘cosa misma’, y se pregunta sistemáticamente cómo es posible llegar a la comprensión de la realidad. Es, pues, lo opuesto a la sistematización doctrinaria o a la romantización de las representaciones comunes. El pensamiento que quiera conocer adecuadamente la realidad, y que no se contente con los esquemas abstractos de la realidad, ni con simples representaciones también abstractas de ella, debe destruir la aparente independencia del mundo de las relaciones inmediatas cotidianas. El

pensamiento que destruye la pseudoconcreción para alcanzar lo concreto es, al mismo tiempo, un proceso en el curso del cual bajo el mundo de la apariencia se revela el mundo real; tras la apariencia externa del fenómeno se descubre la ley del fenómeno, la esencia. Pero lo que confiere a estos fenómenos el carácter de la pseudoconcreción no es de por sí su existencia, sino la independencia con que esta existencia se manifiesta. La destrucción de la pseudoconcreción, que el pensamiento dialéctico debe llevar a cabo, no niega por ello la existencia u objetividad de estos fenómenos, sino que destruye su pretendida independencia al demostrar que son causa mediata y, contrarrestando sus pretensiones de independencia, prueba su carácter derivado (KOSIK, 1967, p.12-13).

Para compreender a realidade destes profissionais e poder realizar um estudo da mesma, temos discutido a forma em que se configura a política de saúde, mas antes disso, que entendemos por Política Social, o que está em jogo na sua disputa, como surge o profissional que trabalha por dentro dela e também a contorna. Temos pensado nas condições históricas que dão lugar a essa divisão do trabalho e desembocam nas configurações atuais de composição da força de trabalho e das estratégias de resistência e/ou manutenção da dominação de classe (trabalhador/a usuário/a dos sistemas de saúde, e trabalhador/a que exerce como Assistente Social).

Resta-nos agora desmanchar esse exercício profissional na atenção básica da saúde portenha e florianopolitana e para isto recorreremos aos depoimentos dos e das protagonistas desta pesquisa.

Nesta linha, serão apresentados os dados divididos em três eixos: inserção profissional na área da saúde, abrangência da atuação profissional e limites da atuação. Cada eixo será analisado trazendo as falas das entrevistas realizadas.³⁶

Por sua vez, cada eixo estará subdividido em sub-eixos e cada sub-eixo em indicadores, conforme as figuras 4, 5 e 6:

³⁶ A fim de preservar o anonimato dos/as entrevistados/as, as assistentes sociais entrevistadas em Florianópolis serão identificadas com as siglas AS 1, 2, 3 e 4, e os e as profissionais da CABA com as siglas TS 1, 2 e 3.

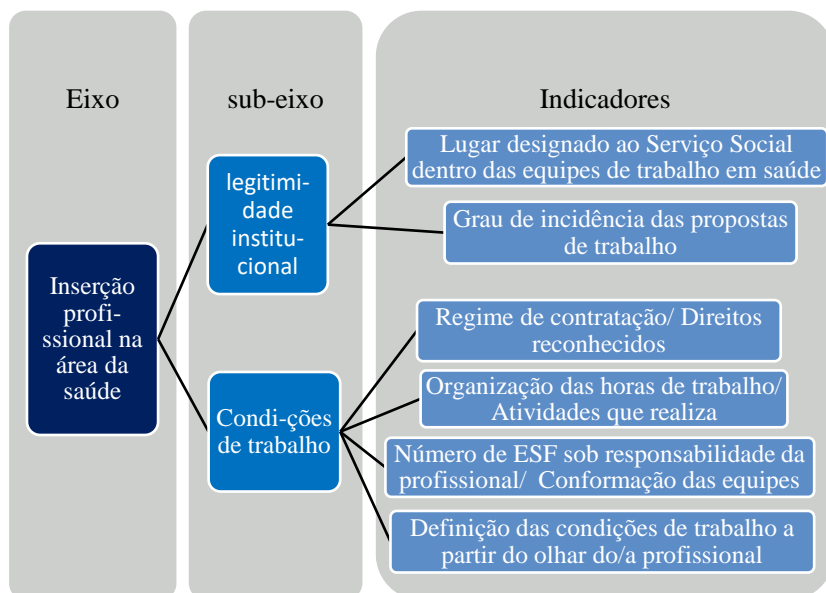
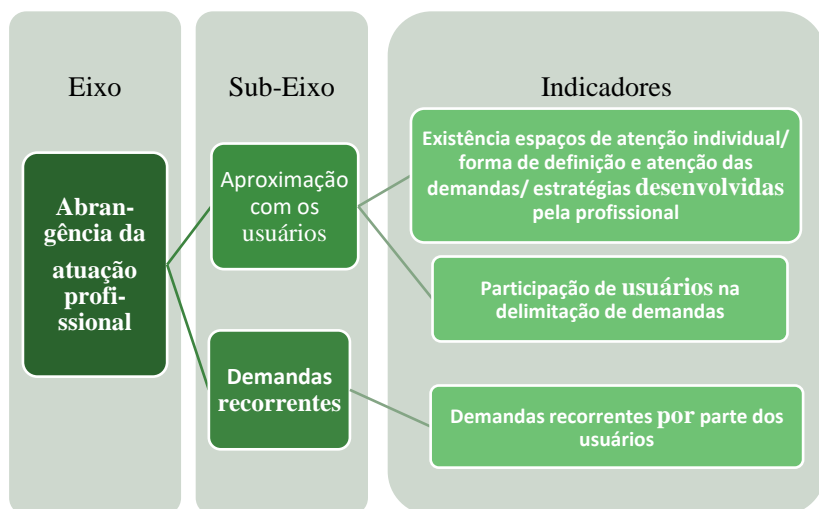
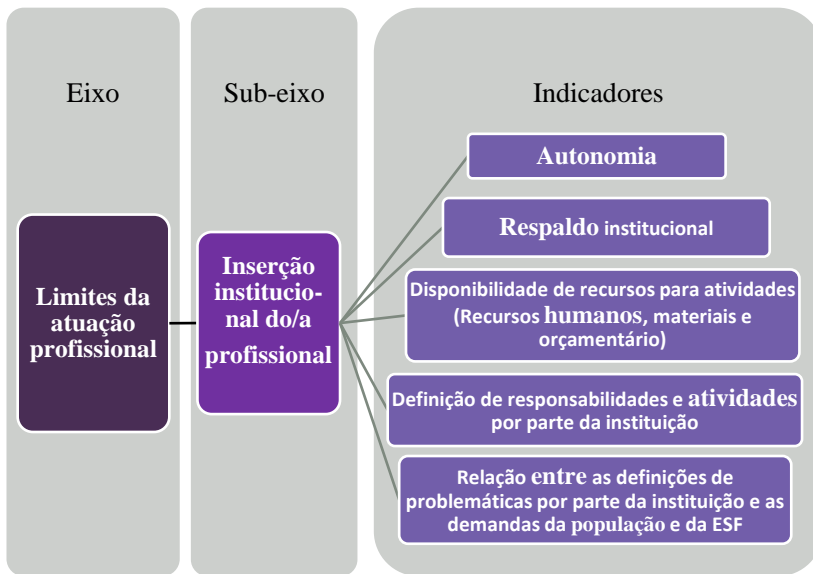
Figura 4: Eixo 1**Figura 5: Eixo 2**

Figura 6: Eixo 3

4.1 INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

Para facilitar a análise, este eixo foi dividido em dois sub-eixos: *legitimidade institucional* e *condições de trabalho*. Por sua vez, os sub-eixos possuem indicadores que expressam aspectos específicos de sua caracterização.

No que refere a legitimidade institucional, isto é, o grau de reconhecimento da importância da profissão junto às equipes de trabalho, evidenciamos pontos de encontro e divergências entre as duas cidades estudadas nos dois indicadores que compõem esse sub-eixo: *lugar designado ao Serviço Social dentro das equipes de trabalho* e *Grau de incidência das propostas de trabalho*.

A Tabela 1 corresponde ao indicador *lugar designado ao Serviço Social dentro das equipes de trabalho*. Podemos dizer que tanto na CABA quanto em Florianópolis, o lugar designado ao Serviço Social é de subsidiariedade à medicina. Isto se manifesta desde diferentes fatos nas equipes de Florianópolis e da CABA, e as especificidades devem ser estudadas.

Assim, no caso de Florianópolis, podemos ver que esta subsidiariedade se observa num primeiro fato por demais relevante: as eSFs não incluem entre seus profissionais Assistentes Sociais (ver Tabela 5). Ainda mais, que as profissões consideradas como equipe mínima necessária para o funcionamento das eSF são exclusivas da área das ciências da saúde, e se encontram detalhadamente definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo estes:

[...] médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Nesta definição de mínimos, há por trás uma concepção clara do que se precisa para a atenção da saúde: diferentes especialidades dentro da medicina. E essa definição pesa em cada espaço de disputa (por espaço físico, por poder de decisão, por escuta e por colocação do olhar profissional na definição de estratégias de abordagem das diversas problemáticas) já que o Serviço Social não se define como imprescindível para o funcionamento da ESF.

Desta forma, a inserção dos e das Assistentes Sociais se estabelece via NASF, onde, longe de serem definidos como profissionais essenciais para o funcionamento do Núcleo, se lhes outorga um lugar possível, que será definido pelas necessidades reconhecidas no município. Como estabelece a norma, no que tange as profissões complementares na composição dos NASFs:

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; **Assistente Social**; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista

(clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2011).

Esta condição subsidiária foi expressada pelas profissionais como determinante da relação que se estabelece com as eSFs, tornando necessário um trabalho cotidiano de discussão e problematização do papel do profissional no NASF, da necessidade de contar com um olhar que possa transcender os aspectos meramente clínicos. Questão que se vê dificultada pela definição das atividades competentes ao NASF. O próprio Núcleo ao se definir como “Núcleo de Apoio”, se apresenta como algo que só funcionará quando for ativado, restringindo as atividades formalmente definidas pela própria PNAB para os e as Assistentes Sociais àquelas que forem reconhecidas pelas equipes.

Embora as profissionais tenham relatado a existência de equipes com as quais o trabalho se dá de forma fluida e nas quais o papel delas é reconhecido, muitas vezes até num nível paritário ao dos demais profissionais, esta condição só era alcançada após inúmeras discussões e com algumas equipes, restringindo a capacidade de disputa por espaço à disponibilidade de escuta e à abertura do diálogo por parte dos profissionais das eSFs.

No caso da CABA, o Serviço Social faz parte das profissões que integram as equipes de profissionais de cada centro de saúde. Contando com ao menos um ou uma Assistente Social por CeSAC, os/as profissionais não definem a subordinação como algo vinculado ao espaço de trabalho dentro dos centros de saúde, mas também não a negam. Os/as profissionais entrevistados/as vinculam esta subordinação às hierarquias impostas no plano de carreira hospitalar, onde se define que cargos hierárquicos só poderão ser preenchidos por profissionais médicos/as.

Assim como no Brasil, portanto, fica definida a importância da presença do Serviço Social como profissão que contribui para melhorar o atendimento, mas que não determina o curso da atenção em saúde.

No que refere ao grau de incidência das propostas realizadas pelos/as Assistentes Sociais sobre as formas de abordagem das diferentes problemáticas que chegam aos centros de saúde, ou ainda, às formas de compreensão sobre a intervenção, ao trabalho interdisciplinar e à organização do trabalho das equipes (Tabela 2), surgiram nas entrevistas afirmações que remetem necessariamente à relação subsidiária do Serviço Social com as demais profissões das equipes de saúde de família.

Das entrevistas realizadas em Florianópolis e na CABA, desprende-se a mesma situação: o nível de receptividade com as propostas realizadas pelos/as entrevistados/as depende de dois fatores, quais sejam: da concepção de saúde dos e das profissionais de cada equipe e da postura assumida pela gestão em relação ao papel conferido ao Serviço Social. Desta maneira, mais uma vez o trabalho realizado pelas e pelos Assistentes Sociais deve ser precedido por uma longa jornada de disputa e discussão no interior das equipes, para após serem reconhecidos em pé de igualdade e poder trabalhar em conjunto.

Mesmo assim, esta relação adquire diferentes níveis de reconhecimento e poderiam dividir-se em três níveis. Primeiro as propostas realizadas em situações nas quais o/a Assistente Social é chamado pelo/a médico; seguido das propostas realizadas à gestão em relação ao funcionamento e organização da instituição e por último; propostas realizadas no marco de uma abordagem interdisciplinar de forma horizontal.

No primeiro caso, naquelas situações em que o/a profissional é chamado pela equipe, embora as ações recomendadas pela ou pelo Assistente Social sejam bem-vindas, elas se remetem àquelas ações reconhecidas como competência do serviço social (conforme a concepção das próprias equipes), o que restringe problemáticas que cada profissional ou equipe enquadra na categoria “social”. Que esta condição se torne obstáculo ou articuladora do exercício profissional, dependerá do que se tenha construído com cada equipe e com cada profissional em relação as competências do Serviço Social no âmbito da APS.

No segundo caso (propostas realizadas à gestão em relação ao funcionamento e organização da instituição), com exceção de um depoimento, no restante das entrevistas foi manifestada certa rispidez com as ações recomendadas pelo Serviço Social. Questões estruturais e que respondem a um claro enfoque político-ideológico acerca da abrangência da APS e as formas de atuar nela, não costumam ser bem-vindas pela gestão, se tornando objeto de disputas e muitas vezes de sanção dos e das profissionais.

No terceiro caso (propostas realizadas no marco de uma abordagem interdisciplinar de forma horizontal), pode estabelecer-se uma diferença entre as duas cidades estudadas.

Em Florianópolis notamos, a partir das falas dos e das profissionais, uma ampla capacidade de negociação e de trabalho interdisciplinar com os demais profissionais dos NASFs. Também pudemos perceber o reconhecimento, por parte deles e delas, das questões vinculadas à própria disposição do município no que se refere à quantidade de profissionais e de equipes NASF em funcionamento como principal obstáculo do trabalho cotidiano, que por ser um número reduzido, sobrecarrega os profissionais de trabalho e dificulta o encontro das equipes.

Na CABA, a existência do cargo de Assistente Social como parte da equipe base/básica de saúde da família nos postos, estabelece uma certa igualdade que se manifestará também nas condições de trabalho que serão apresentadas posteriormente. Soma-se à essa condição, o fato o fato de haver, entre as atribuições profissionais, a possibilidade de elaboração de projetos³⁷ para enquadrar a atuação, o que poderia dividir este trabalho interdisciplinar e horizontal em dois espaços da atuação.

Um primeiro espaço se refere às consultas que chegam ao centro de saúde via demanda espontânea. As mesmas não seriam necessariamente abordadas de forma interdisciplinar e no marco da horizontalidade entre profissionais. Nesses casos, a forma de abordagem dependerá em parte da forma de trabalho predominante na equipe (interconsulta – abordagem interdisciplinar – abordagem individual do/a profissional demandado pelo/a usuário/a) e por outra, da demanda específica do/a usuário (espaços individuais ou grupais de consulta).

Um segundo espaço seria o da execução de projetos. Este garantiria uma maior condição de horizontalidade e trabalho interdisciplinar, já que a própria elaboração se realiza de forma conjunta entre os profissionais que o construíram e surgem de problemáticas reconhecidas por eles em conjunto. Os projetos não necessariamente são delineados ou encaminhados pela gestão, o que resulta na conformação de equipes cujos

³⁷ Os projetos consistem em elaborações pensadas para garantir o atendimento de problemáticas específicas como por exemplo: saúde do idoso, diversidade, saúde sexual, recreação, saúde da criança, entre outros. Consistem em espaços articulados por equipes interdisciplinares que estabelecem a partir de um enfoque teórico explícito estratégias de abordagem destas problemáticas. As questões a serem trabalhadas provêm de demandas que podem surgir tanto dos e das usuários e usuárias, quanto da leitura da realidade territorial feita pela equipe.

profissionais se agrupam por afinidade no entendimento da definição da problemática que buscarão abordar com o projeto elaborado.

Tabela 1: Legitimidade institucional – indicador: lugar designado ao Serviço Social nas equipes de trabalho em saúde

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Legitimidade institucional	Lugar designado ao Serviço Social dentro das equipes de trabalho em saúde	<p>P: O Serviço Social ocupa um lugar de referência equivalente às demais profissões do NASF?</p> <p>R: “Então, nas equipes de Saúde da Família, não. A Equipe de Saúde da Família é a referência pra população e pro sistema de um modo geral. É a porta de entrada, é por onde a população vai ter acesso aos serviços de saúde. O NASF, ele não ocupa a mesma posição. O NASF faz apoio pra essas equipes de referência. A gente vai funcionar como um apoio [...] só tem um Assistente Social pra cobrir um distrito inteiro, ao contrário da Psicologia que eles têm três psicólogas, a gente tem, sei lá, duas nutricionistas. Algumas profissões, tipo, por exemplo, o Serviço Social, a Fisioterapia, elas são profissões que tão menos inseridas no NASF por conta de uma normativa municipal, assim, mas, em termos de</p>	<p>“En relación a los profesionales, el lugar que ocupa el trabajador social es el lugar que pudo discutir, pelear, transar, o lo que quieras definir, en términos de cantidad de horas. Vos pensá que en el año 94 eran 8 profesionales, 8 trabajadoras sociales con una carga horaria de 8 horas diarias, o sea 40 horas semanales y al momento del concurso sólo se pudo concursar por dos cargos de 24 horas semanales. O sea que está mi colega de la mañana y yo” (TS 1).</p> <p>“En los equipos que íntegro y en las intervenciones que realizamos el rol del trabajador social es de paridad y es respetado por el resto de los profesionales” (TS2).</p>

		<p>relevância, eu acho que, talvez a gente tenha o mesmo peso, assim” (AS 1).</p> <p>“Eu entendo que a gente não tem a mesma condição de trabalho. Fora isso eu acho que a gente consegue articular sim com as equipes, com os colegas NASF também [...], e a gente tem o reconhecimento sim, quem sabe não da forma em que a gente deveria, porque todo mundo coloca dessa forma: “ah, mas tu é uma, como é que você dá conta de tudo?” E eu sempre coloco: não dá conta, faz de conta. É pra dizer que tem. Tem situações em algumas unidades onde estou mais, que consigo fazer mais coisas, mas nas outras, é para apagar fogo mesmo. Mas na hora que tem que ter um retorno das equipes, isso não aparece. Quer dizer que as equipes entendem que é importante, mas na hora de reivindicar a necessidade de ter mais profissionais naquela área, não reivindica (AS 2).</p>	
--	--	--	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

Tabela 2: Legitimidade institucional – indicador: grau de incidência das propostas de trabalho

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Legitimidade institucional	Grau de incidência das propostas de trabalho	<p>“Na atuação profissional, eu acredito que sim [...]. Penso que quando a gente sugere uma intervenção para o usuário naquela família, naquela situação, enfim, as equipes até, elas tem absorvido bem. Agora, mais geral, assim, pensando em termos de instituição, a gente não tem muita voz. [...] Claro que a gente tem um pouco de resistência [...] a gente vê alguns profissionais que não querem trabalhar em equipe, não querem trabalhar em conjunto, então se a gente sugere alguma coisa que eles não concordam ou não tão a fim de fazer, naquele momento, eles deixam a gente fazer sozinho [...] mas a maioria das equipes, eu acredito que elas estão indo com a gente, elas tem aceitado bem o Serviço Social, inclusive demandado bastante, assim, né, como eu falei, a gente tá... É um Assistente Social pra cobrir um distrito inteiro, então, algumas equipes elas conseguem perceber que a gente não dá conta de muitas coisas que a gente deveria dar por estar nessa situação toda, né,</p>	<p>“En términos de intervención pensado como equipo de salud, yo creo que el trabajador social, en mi experiencia, es valorado cuando vos logras hacer un diagnóstico macro y después lo podés bajar a la realidad del centro de salud. Porque me ha pasado que, a raíz de las diferentes situaciones políticas y económicas que ha atravesado el país, hemos sido como... buscados de acuerdo a la situación política” (TS 1).</p> <p>“De acuerdo a mi experiencia en los dos centros la relación con el resto del equipo es de horizontalidad y la participación es de igual a igual. Pero institucionalmente la preponderancia la tienen los médicos por ejemplo existe un decreto del Gobierno de la Ciudad donde determina que solo un médico o medica pueden ocupar la</p>

		<p>nessa... Nessa situação que o município colocou a gente, mas eles querem ter mais Assistente Social, porque eles acreditam na importância de nosso trabalho ali com eles” (AS 1)</p> <p>“O NASF, na verdade, a gente tem um encontro mensal. Uma vez por mês, uma tarde que a gente tem para reunião NASF, para discussão de caso, um encontro que a gente tem. A gente se encontrar em outro momento para trabalhar multi, inter, é o acaso. [...] As vezes a gente consegue fazer um trabalho legal com as equipes, a gente já se conhece, trabalha junto há quatro anos, eles já sabem o que encaminhar, o que pode, o que não pode, o que é urgência, o que não é, o que eles podem esperar, o que eles já tem que fazer sem precisar esperar pelo Serviço Social [...]. Claro que depende da equipe. Tem equipe que não vai te demandar, mesmo a gente sabendo que tem a demanda, que tem as situações porque um outro profissional da mesma equipe demandava e trocou de profissional... então cada equipe trabalha da sua forma e claro que a gente tem que instigar, mas o nosso papel é de espera (espera entre aspas) porque a demanda vem das</p>	<p>dirección de los centros de salud (TS 2).</p> <p>“Con respecto a mi experiencia en ambos centros se dificulta mi intervención en todas las actividades comunitarias que se realizan por falta de tiempo material pero si los profesionales de los equipos me consultan frente a las dificultades del orden social que se les presentan” (TS 3).</p> <p>“Muchas veces hay resistencias por parte de compañeros de otras disciplinas, en líneas generales. Especialmente lo que tenía que ver con reunirnos en espacios comunitarios con referentes de organizaciones sociales, que después medio que se instaló, pero al principio había como alguna duda, o “¿qué onda de juntarse con gente que había tomado la tierra?” No era algo super compartido por todos. Pero a fines prácticos, la verdad que sí. Sí llega nuestra opinión por esto que te digo del perfil que le quiere dar D. -que no es compartido por la mayoría, pero tampoco se oponen, digamos-</p>
--	--	---	---

		equipes. A gente não tem como ficar, e nem tem tempo pra isso, nem tem como fazer isso. Então depende da equipe, mas a gente consegue fazer um trabalho legal com as equipes” (AS 2).	No pasa de ser por ahí algún cuestionamiento, o no se copan sumándose a algunas actividades que terminan recayendo mucho en trabajo social, o por ahí en salud mental” (TS 3).
--	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

No que concerne ao sub-eixo *condições de trabalho*, a fim de facilitar a análise, abarcaremos seis indicadores: *Regime de contratação/Direitos reconhecidos; Horas semanais de trabalho; Organização das horas de trabalho/Atividades que realiza; Salário comparado a outras profissões com mesmo nível de formação; Número de ESF sob responsabilidade da profissional/Conformação das equipes e; Definição das condições de trabalho a partir do olhar do/a profissional.*

Na Tabela 3, poderemos observar os trechos de entrevistas nos quais são levantadas questões vinculadas ao primeiro e segundo indicador.

Em relação à forma de contratação, tanto as profissionais de Florianópolis quanto os e as profissionais de CABA foram contratadas/os por meio de concurso público e contam com todos os direitos garantidos ao servidor público. Todos/as os/as entrevistados/as referem não existir outro tipo de contratação de Assistentes Sociais na área da saúde. Porém, existem Assistentes Sociais com um vínculo não contratual que executam atividades nos centros de saúde. Estes são Assistentes Sociais que se encontram realizando algum tipo de formação continua (residência, concorrência ou estágio)³⁸.

Quanto às horas de trabalho semanais, podemos observar duas formas de organização diferentes em cada cidade, porém elas não apresentam grandes diferenças. No caso de Florianópolis, embora a Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010 estabeleça que a duração de trabalho

³⁸ Residências e Conccrencias são programas de pós-graduação que consistem na capacitação de profissionais para o exercício na área da saúde. As residências são programas de formação remunerados com dedicação exclusiva e as concorrências são programas não remunerados de dedicação parcial.

dos e das Assistentes Sociais no Brasil é de 30 horas semanais e que devem ser adequados os cargos a ela, todas as profissionais entrevistadas relataram trabalhar 40 horas e não terem conseguido a adequação. As profissionais não só se manifestaram cientes do descumprimento desta lei, como relataram diferentes espaços nos quais vem tentando colocar esta questão em pauta, tendo exigido das respectivas gerências uma solução, sem receber resposta.

No caso da CABA, a quantidade de horas semanais é definida pelo concurso e cargo pelo qual foram contratados/contratadas. Existem dois cargos: o cargo de 30 horas semanais e o cargo de 40 horas semanais. Em ambos casos, 6 horas do total semanal devem ser destinadas às atividades de formação.

A respeito dos direitos reconhecidos pela forma de contratação, no caso de Florianópolis, as profissionais se enquadram na categoria “profissionais da prefeitura”, contando com a mesma base de direitos que qualquer profissional no que refere ao regime previdenciário e à estabilidade no emprego, apresentando diferenças com as diferentes categorias profissionais em relação à questões de negociação específicas, como gratificações.

No caso da CABA, considera-se os e as Assistentes Sociais como parte dos trabalhadores de saúde, não existindo diferenças em relação a salários e direitos reconhecidos pela forma de contratação. Porém, existem diferenças no plano de carreira, já que a carreira hospitalar, segundo o relato das/os profissionais entrevistados/as, estabelece que os cargos de hierarquia só poderão ser preenchidos por médicos.

Tabela 3: Condições de trabalho – indicadores: regime de contratação/direitos reconhecidos

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASE	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Condições de trabalho	Regime de contratação/ Direitos reconhecidos	“Eu sou contratada por concurso público [...]. A gente faz parte dos profissionais da prefeitura, concursados, estatutários, a gente responde a um regime de previdência	“En salud, en relación al tema del ingreso, es por concurso. Lo que tenemos son profesionales que hacen su capacitación de posgrado, como por

		<p>específico do município, que não é o do INSS. Por esse regime, a gente tem uma estabilidade, então depois de três anos de estágio probatório a gente ganha estabilidade no emprego, não pode ser demitido, enfim, ou por justa causa, ... Fez alguma coisa contra o patrimônio público, ou então agrediu alguém... E ainda assim, tem toda uma normativa para conseguir afastar o funcionário público. [...] a nossa previdência que é diferenciada. Até onde eu entrei, a gente tinha uma questão de que quando a gente se aposentar a gente vai ficar com o salário integral (coisa que no INSS hoje não existe mais, a gente tem um teto no que pode ganhar em termos salariais)” (AS 1).</p> <p>“Eu sou efetiva [...]. A estabilidade, eu acho que é isso. Essa é a grande questão. A gente tem três anos de estágio probatório, que o meu acabou em março deste ano, e os direitos em si. E o modo de te portar é diferente. Isso eu vejo. Até você passar pelo estágio probatório, tu fica um pouquinho pisando em ovos, não sabe bem como tudo funciona, mas a gente sabe do jogo político, das costas quentes, enfim, situações que já</p>	<p>ejemplo las residencias y las concurrencias, que los habilita para la presentación de concursos. Cuando yo hice incapié en que había concursado, era porque hasta el 94 o 90 se estilaba mucho que los centros de salud recibieran profesionales del hospital que estaban o castigados, o que estaban como becarios, o como concurrentes impagos y se les permitía hacer un ejercicio en los centros de salud. Hoy por suerte, es muy difícil que transite algún profesional que no haya concursado y que no haya presentado antecedentes de formación y laborales (...) muchas cuestiones que han ganado médicos municipales (...). Ahora, si vos querés concursar un cargo de jefatura de unidad, de departamento, de lo que vos quieras, si no sos médico, esta misma carrera hospitalaria no te lo permite.</p> <p>¿Por qué no te lo permite? Porque médicos municipales actúa corporativamente” (TS 1).</p> <p>“Mi cargo es de planta permanente, ingrese por un concurso. Poseo cierta estabilidad laboral. La irregularidad está dada</p>
--	--	---	---

		<p>aconteceram comigo no início, de privilégio de outras colegas, por terem conhecimentos jurídicos e a gente sabe que tudo isso acontece e fica um pouco com um pé atrás. Não deixa de ficar” (AS 2).</p> <p>“Eu fiz concurso, já estou há três anos neste distrito, como Assistente Social do NASF” (AS 3).</p> <p>“Concurso público[...], Se dá pelo vínculo do estatuto do servidor público municipal, então nós somos servidores públicos estatutários, servidores públicos municipais e neste estatuto estão previstos os nossos direitos trabalhistas. Esse vínculo é um vínculo efetivo, tem as suas garantias na sua efetividade” (AS 4).</p>	<p>por encontrarme trabajando en dos centros al mismo tiempo porque uno de ellos no cuenta con estructura propia y los profesionales que trabajan en el son designados en otras áreas (...). Es una contratación efectiva y con estabilidad en la permanencia del cargo. Reconoce todos los derechos vigentes en la legislación laboral como vacaciones, pago de aguinaldo, y un plus de diez días hábiles por stress. El sueldo cuenta con una porción bastante significativa que no es remunerativa es decir que no cuenta para los aportes ni para el aguinaldo, por lo que el sueldo básico es mucho menos que el percibido mensualmente” (TS 2).</p> <p>“Respecto a las condiciones de trabajo, yo particularmente concursé, soy planta permanente desde hace nueve años (...) nosotros tenemos bastantes beneficios, como todo lo que corresponde a las personas que están en blanco, que es: vacaciones, licencia por maternidad, semana de estrés, que son dos semanas que nos podemos tomar apartadas de las vacaciones por estar en salud, bueno, los</p>
--	--	--	---

			aportes para la obra social, aportes para la jubilación y algunos otros beneficios... días de estudio, (...). Estamos bastante bien, comparadas a otros trabajadores sociales que no la pasan tan bien, y que me parece que es lo que abunda (bueno, por lo menos en la Ciudad, y ahora me parece que en todos lados)” (TS 3).
Condições de trabalho	Horas semanais de trabalho	<p>“40. A gente, na prefeitura de Florianópolis todos os assistentes sociais tem regime de 30, mas quem faz NASF, faz 40”(AS 1)</p> <p>“São 40 horas semanais.” (AS 2)</p> <p>“Eu trabalho 8 horas, das 8 as 17, com uma hora de almoço ao meio dia [...] 40. Trabalho de segunda a sexta.”</p> <p>“ele é um concurso de um edital de 30 horas de jornada semanal, porém pela exigência em trabalhar na equipe NASF, nós realizamos 40 horas de jornada de trabalho semanal.” (AS 4)</p>	<p>“En particular yo tengo un cargo de 40 horas que en realidad son 34 porque el resto se debe destinar a formación” (TS 1).</p> <p>“El contrato es por un total de 30 horas semanales de las cuales se trabajan 24 horas y las seis restantes se deben destinar para capacitación” (TS 2).</p> <p>“ Respecto a las horas semanales, mi cargo es de 24” (TS 3).</p>

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

No que diz respeito a organização dessa jornada laboral, como poderemos observar na Tabela 4, cada cidade apresenta características que deveram ser analisadas em separado.

No caso de Florianópolis, cabe ressaltar a extrema sobrecarga que determina a organização das horas de trabalhos. Cabe lembrar que são premissas orientadoras da APS: a abordagem comunitária da saúde, a articulação do curto com o longo prazo, a priorização de abordagens que contemplem a rede de instituições locais e a participação dos cidadãos nas decisões relativas ao cuidado da sua própria saúde e ao ambiente onde se desenvolve sua vida cotidiana. Se partimos da compreensão de que grande parte do trabalho dos e das Assistentes Sociais na saúde se baseia na articulação entre a implementação das políticas que atendem à saúde, no trabalho em equipe e no matriciamento destas equipes, além da mobilização da comunidade para se tornar participe das decisões concernentes à sua saúde, cabe perguntarmos como tudo isto acontece.

Ao serem questionadas sobre a forma como organizavam suas 40 horas semanais, as assistentes sociais do NASF Florianópolis elencaram uma longa lista de atividades dentre as quais podemos citar: reuniões de eSF, reuniões de conselho local, reuniões de rede intersetorial, agendamento de atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, atividades em escolas, preceptoria de residentes dos programas de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da UFSC e da Secretaria Municipal de Saúde, reuniões de preceptores/as e lecionar nos programas de Residência.

A simples listagem das atividades é suficiente para questionar a qualidade destas numa jornada de 40 horas semanais. Como se dá o aprofundamento no acompanhamento das problemáticas que trazem os usuários e as usuárias? De que forma pode-se organizar um sistema de preceptoria que se adeque à quantidade de atividades que as/os profissionais precisam realizar? Em que momento a/o profissional poderia se dedicar à sua formação continuada?

Se somamos isto às informações presentes na tabela 5, poderemos observar que cada Assistente Social atende um distrito sanitário, circulando entre um mínimo de 7 e um máximo de 13 UBSs, representando entre 21 e 27 eSFs por Assistente Social.

Neste contexto, as profissionais relatam que a organização das suas agendas se baseia numa listagem de prioridades. Assim, cada assistente social reserva um período por mês para participar na reunião mensal de cada eSF; prioriza passar mais períodos em unidades consideradas de “maior interesse social”; estabelece roteiros segundo a proximidade entre UBSs destinando os horários “livres” (como o horário de almoço) para trasladar-se de um ponto ao outro; agenda visitas tentando fazer coincidir as mesmas com o dia de reunião da eSF;

estabelece orientações por diversos meios não presenciais (e-mail, telefone, WhatsApp) para supervisões que possam ser resolvidas à distância, restringindo o traslado à UBS com base na demanda das eSFs.

Neste sentido, uma das estratégias elaboradas na busca de suprir a impossibilidade de estar presente nas UBSs foi a elaboração do que as profissionais denominaram “cardápio”. O mesmo foi construído com as eSFs e equipe NASF em reuniões em que se discutiu quais demandas necessitam da presença dos profissionais para sua resolução e quais devem ser orientadas pela eSF. Desta maneira, o “cardápio” consiste num documento no qual figuram todas aquelas questões nas quais seria pertinente o atendimento conjunto com a assistente social.

Resulta interessante observar que, longe de ser pensado para reduzir as demandas pelas quais as profissionais são acionadas, o “cardápio” foi elaborado para diversificá-las. A predominância de um olhar biomédico nos profissionais da saúde, que limita o atendimento dos usuários e das usuárias aos sintomas que estes/as expressam, trazia concomitantemente um recorte das problemáticas encaminhadas ao serviço social, filtrado pelo entendimento destes profissionais de saúde. Assim, as demandas com as quais as/os assistentes sociais se deparavam, referia a todo aquilo que os profissionais não conseguiam resolver, mas que eram demandas evidentes (como situações de violência ou solicitude explícita de algum benefício). Neste sentido, as profissionais afirmam que a existência do “cardápio” contribui a ampliar o olhar dos profissionais da saúde para os determinantes sociais da saúde. Vale ressaltar, que se soma a esta ferramenta um questionário no qual cada profissão tem estabelecido uma série de perguntas que devem ser feitas ao usuário ou usuária no momento do acolhimento.

Nesta linha, as profissionais entrevistadas definem suas agendas como algo “difícil de explicar”, em que as prioridades serão definidas com base na demanda e suas intervenções dificilmente conseguirão transcender o nível emergencial, sendo que a promoção e a prevenção ficarão como meta cada vez mais afastada das suas realidades concretas de atuação.

Para o caso da CABA apresenta-se uma realidade diferente. Não no que diz respeito da predominância do olhar biomédico, e sim ao espaço do qual o/a assistente social dispõe para o desenvolvimento do fazer cotidiano. A existência da profissão na carreira hospitalar e a forma de organização das áreas programáticas que constituem os Centros de Saúde em torno de um hospital, somada à explicitação da área de serviço social

na descrição de serviços prestados pelos CeSACs, garantem a existência de no mínimo um assistente social por Centro de Saúde.

Desta forma, cada profissional organiza sua jornada de trabalho conforme às atividades e projetos criados e desenvolvidos pela ou pelo profissional e a equipe, estes projetos estarão, por sua vez, enquadrados nos pressupostos da Lei Básica de Saúde da Cidade de Buenos Aires, dos programas existentes no Governo da Cidade de Buenos Aires, das demandas emergentes dos usuários e das usuárias e, sobretudo, da formação e bagagem teórica, metodológica e ideológica de cada profissional e da forma com que cada profissional pode articular isto com o restante da equipe.

Quanto às atividades que desenvolvem, podem ser citadas: atenção à demanda espontânea e agendada em consultórios, atividades de articulação com a rede intersetorial, desenvolvimento de projetos, preceptoria de residentes e praticantes, horas de formação dos e das próprios/as profissionais, atividades abertas à comunidade (sejam organizadas pelo CeSAC ou pela rede).

Como podemos observar na tabela 5, uma segunda grande diferença da forma com que se organiza o trabalho das profissionais de Florianópolis, é que na CABA, o/a Assistente Social é parte da eSF. Seu espaço de trabalho é aquele CeSAC, num bairro determinado com uma equipe de profissionais determinada, o que garante uma inserção mais ampla na comunidade e um trabalho mais sistemático com os usuários, com os quais tem um vínculo prolongado.

Não pretendemos com a afirmação anterior uma compreensão equivocada das condições de trabalho dos e das Assistentes Sociais da CABA, com a qual possamos pensar que estes estão em condições “ideais”. A possibilidade intrínseca de um trabalho prolongado e situado no mesmo território é uma característica que deve ser colocada nesta análise. A existência de um cargo lotado dentro da eSF significa ter um espaço fixo no centro de saúde, o que lhe permite não só dispor de um local onde pode planejar seu trabalho, como também a possibilidade de ser acionado pelo/a próprio/a usuário/a, o qual pode demandar sua atenção sem mediação prévia da eSF (o que, num contexto que se caracteriza pela prevalência de olhares biomédicos e médico-cêntrico, traduz-se diretamente em uma ampliação do acesso ao encontro com o/a profissional).

Tabela 4: Condições de trabalho – indicadores: organização das horas de trabalho/atividades que realiza

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTA NASF	TRECHO ENTREVISTA CABA
Condições de trabalho	Organização das horas de trabalho/ Atividades que realiza	<p>“Como o NASF ele é apoio para as Equipes de Saúde da Família, eu priorizo, pelo menos uma vez por mês, estar presente nas reuniões de equipe que eles fazem semanalmente, [...] a minha prioridade na hora de montar minha agenda é essa: passar por todas as reuniões de equipe. E aí o resto eu me distribuo, a partir de visitas, a partir de agendar consultório para atendimento, de atividade na escola, reunião de Conselho Local de Saúde, e aí também conforme a demanda que as equipes vão passando. Eu não tenho um dia inteiro na mesma unidade, eu não tenho dias fixos na mesma unidade [...] preceptoria de residência, [...] supervisão de estágio, quando vem estagiário pra cá, [...]. Para a residência a gente tem uma liberação de 8 horas, acho que são 8 ou 12 horas no mês pra preceptoria, então durante a semana a gente tem encontros de contato com residentes, a gente atende junta, a gente faz coisas juntos, participa de reunião de equipe juntas,</p>	<p>“Cómo se divide la carga horaria depende de la dinámica que se presenta en el centro de salud. Yo particularmente, distribuyo en dos días a la semana que hago demanda espontánea (martes y jueves) y después hago proyecto: Los lunes hago RIOBA, martes demanda espontánea, miércoles diversidad, jueves demanda espontánea y viernes adulto mayor ¿Qué quiero decir con ésto? Que cuando vos fundamentas el uso de la carga horaria y presentás los informes correspondientes, en realidad no hay limitación para que vos distribuyas como a vos te parezca tu carga horaria” (TS 1).</p>

		<p>né, pra fazer o matriciamento, que é a lógica principal do NASF, mas .. tudo dentro desta carga horária que a gente já tem disponível para atendimento. Aí, fora isso, a gente tem 12 horas disponíveis, por exemplo, pra participar de uma reunião de preceptores e tutores na UFSC, para, participar de encontro específico do Serviço Social da residência [...]. Aqui dentro é junto, na carga horária, não tem uma parte reservada, por exemplo, ah, você tem 4 horas por semana pra ficar com seu residente fazendo supervisão, não! Não tem né. A gente que encaixa algumas atividades pra conseguir fazer o apoio aos residentes no meio da nossa carga horária” (AS 1).</p> <p>“Dessas equipes de saúde, quatro eu acompanho só como referência, eu não estou lá presencialmente a não ser quando me solicitam, a gente matricia por e-mail, por telefone, por whatsapp, quando eles precisam que eu esteja lá a gente discute qual é a importância de eu estar lá para esse caso, para essa reunião, para esse grupo específico e eu tento reorganizar meu cronograma mensal e me desloco até lá [...] os centros que eu estou como</p>	<p>“Yo debo destina 12 horas al Cesac y 12 horas al Centro Carlos Gardel, el 45%de estas horas se destina a tareas comunitarias y de atención primaria, el resto las debo destinar a la atención de la demanda espontanea. Tambien realizo docencia y articulación inter institucional en el armado de redes que nos permitan abordar mejor las problemáticas sociales complejas que se nos presentan” (TS 2).</p> <p>“En realidad son 24 asistenciales y 30 totales, con lo cual vos tendrías que hacer 6 de capacitación de esas 30. La realidad es que en lo concreto no se hace así, la mayoría trabaja sus 24 horas y dentro de esas 24 horas haces la capacitación que tienen que llegar a ser un mínimo de 270 horas por año, creo. Y ahí se incluyen también las de docencia que si tenés a cargo</p>
--	--	--	---

		<p>referência são aqueles que são unidades menores que tem uma equipe, e nesses lugares não tem área de interesse social (não que não tenha as questões sociais, obviamente tem, mas não seria uma prioridade, digamos assim) e por conta também do Serviço Social estar colocado dessa forma [...] quando eu entrei aqui no NASF, foi colocado pela administração, pela gestão da época que teria que estabelecer prioridades, que são três centros de saúde por conta de serem maiores e terem mais áreas de interesse social [...]. Geralmente meu cronograma é mensal, então não é toda semana que vou estar no mesmo lugar, vamos supor: na terceira segunda-feira do mês, eu estou no centro de saúde tal, na terceira sexta-feira do mês estou em tal unidade, e é assim que funciona meu cronograma. Então nessas três unidades, eu procurava estar de seis a oito períodos (a gente conta períodos) por mês, aí dependeria da minha organização porque a gente precisa fazer uma logística, então estou em um posto de manhã, e de tarde estarei no mais próximo. Tem que ser locais próximo para poder fazer o deslocamento no horário do meio dia, então tem que ter essa estratégia</p>	<p>residentes o practicantes, también se te reconocen. Y respecto de las salidas afuera del centro y las tareas asistenciales, la verdad es que no lo tenesmo muy sistemizado eso. Y pensando un poco, siento que antes lo teníamos mucho más y que, por ahí con algunas situaciones del contexto nos replegamos un poco y estamos haciendo más actividades adentro del centro. No sólo asistenciales, porque también hay reuniones comunitarias, espacios grupales, pero sí me parece que en el último tiempo cambió un poco esto de que siempre estábamos con una pata afuera. Ahora habrá que pensarlo y revisarlo. Pero no tenemos sistemizada la cantidad, ni hay un lineamiento que nos diga cuántas...” (TS 3).</p>
--	--	---	--

		<p>também. Então nessas unidades eu estou mais, e nas outras eu me organizo para estar um período por mês em cada reunião [...] geralmente a reunião de equipe é das 10h ao meio dia ou das 3h as 5h da tarde, então nesse período antes, eu já me organizo para fazer visita domiciliar, atendimento, o que já é discutido um mês antes a gente se organiza para o mês após quando eu retornar) diferente das outras unidades onde estou mais, que a gente consegue fazer outras organizações, consegue acompanhar mais de perto, consegue fazer um acompanhamento de mais qualidade mesmo. Nas outras unidades fica um atendimento mais fragmentado, mais pontual, porque vou uma vez por mês que vou poder estar lá vendo aquela situação, então a realidade é outra e é dessa forma que a gente se organiza [...] eu tento deixar mais ou menos equiparado visitas domiciliares e reuniões de equipe, que a gente participa de muitas reuniões [...] atendimentos individuais, e familiares, as interconsultas também [...] tem reunião NASF que é uma vez por mês e tem reunião de saúde mental, também uma vez por mês, que o Serviço Social participa, temos a rede</p>	
--	--	--	--

		<p> intersectorial que tem uma reunião mensal da que eu participo, a rede intersectorial do CRAS de um dos bairros, que é bem importante para articular as redes mesmo dessas comunidade; temos a reunião também de categoria que é uma vez por mês; como eu sou preceptora da residência da prefeitura e UFSC; a gente tem espaços dos que precisa estar junto, tem a reunião da COREMU, que eu vou como representante junto com a profissional da Educação Física e a gente se divide e um mês cada uma vai, para não ficar tão pesado e tem três reuniões por mês de preceptores, que nós temos liberação; temos também a reunião geral, que é um momento integral de tutores, residentes e preceptores que é um momento integral e um encontro específico do Serviço Social. E de resto a gente costuma se organizar conforme vão aparecendo as demandas [...]. A gente tem um momento também das atividades organizacionais mesmo, que é a parte que a gente tem que sentar na frente do sistema, do INFOSAÚDE, e relatar, a gente tem que se organizar para essa atividade também porque não consigo chegar de uma visita e muitas vezes já tenho que fazer p relato </p>	
--	--	---	--

		<p>daquela visita, ou sair de um atendimento e já deixar o relato pronto” (AS 2).</p> <p>“Eu me desloco para 5 centros de saúde, então em cada dia eu estou em um centro de saúde. Essas 40 horas, não é 8 horas para cada centro de saúde, porque tem centros de saúde que tem 6 equipes de saúde da família. Então neste eu vou 16 horas semanais. Tem centros de saúde que tem duas equipes da saúde da família e tem uma menor demanda de vulnerabilidade social, uma menor demanda para o Serviço Social, então nesta eu vou 4 horas semanais. E tem outros dois que tem uma demanda, vamos dizer, de médio porte para o Serviço Social então eu vou 8 horas semanais [...] atuo presencialmente em 15, as outras eu optei quando a portaria NASF se redefiniu como no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de saúde da família, nós no distrito compactuamos que eu atenderia somente nestes cinco centros de saúde porque no distrito são 9 centros de saúde. Nestes 4 outros centros de saúde que eu não atendo, porém fico como referência também para essas equipes de saúde da família, elas continuam me demandando e eu continuo atendendo. A gente pactuou então que ela</p>	
--	--	--	--

		atenderia somente nestes cinco centros de saúde, porém ainda atendendo de modo geral para as 22 equipes de saúde da família” (AS 4).	
--	--	--	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

Tabela 5: Condições de trabalho – indicador: número de ESF sob responsabilidade da profissional/conformação das equipes

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Condições de trabalho	Número de ESF sob responsabilidade da profissional/Conformação das equipes	<p>“A partir de janeiro vão ser 21 equipes de Saúde da Família, né, Com quem eu trabalho no NASF” (AS 1).</p> <p>“No meu trabalho eu sou uma para os três NASFs e a gente costuma trabalhar com matriciamento das equipes de saúde da família, eu atendo até final de dezembro 26 equipes de saúde da família, onde compreende 13 centros de saúde e a partir de janeiro acompanho 12” (AS 2).</p> <p>“Sou a única Assistente Social para o distrito que tem 11 unidades de saúde e 27 equipes” (AS 3). “Nas equipes de Saúde da Família que eu atuo na atenção básica, geralmente elas tem médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que</p>	<p>“En Realidad el equipo de trabajo se conforma de acuerdo al proyecto de intervención que uno piensa. Hay una cantidad de profesionales de planta que hacen a lo que es la atención primaria, pero después nos organizamos de acuerdo al proyecto, a la intervención que vamos a realizar (...). Dentro de los hospitales hay lo que se llama carrera hospitalaria, y cada centro de salud se estructuró de acuerdo a la disponibilidad de cargos que tenía para el área programática. Y depende de la densidad poblacional, de la cual se hace cargo” (TS 1).</p>

		<p>fazem parte das equipes de Saúde da Família [...]. Tem as equipes de Saúde Bucal que geralmente é uma equipe de Saúde Bucal para duas equipes de Saúde da Família, ou uma e meia, duas, que é composta pelo dentista e pelo técnico em higiene dental, geralmente” (AS 1).</p> <p>“É complicado te dizer por NASF, mas como um todo, a gente tem: pediatra, psiquiatra, psicólogo, nutricionistas, profissionais de educação física, farmacêuticos, fisioterapeuta e Serviço Social” (AS 2).</p> <p>“São 2 NASFs e tem Assistente Social, psicólogo, psiquiatra, pediatra, farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física e fisioterapeuta (profissional xx).</p> <p>P: Todos eles com dois profissionais?</p> <p>R: Sim, alguns tem três como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, profissional de educação física tem dois, pediatras tem dois, psiquiatras dois, farmacêuticos tem três” (AS 4).</p>	<p>“Los equipos son interdisciplinarios, mi cargo de trabajador social es compartido por dos centros que funcionan en el mismo edificio. Uno es un Cesac (centro de salud y acción comunitaria) donde hay una preponderancia en los equipos de médicos de familias, pediatras, clínicos y ginecólogos. El otro centro es de asistencia a adicciones y en este los equipos son integrados en su mayoría por psicólogos. En ambos centros hay un déficit de trabajadores sociales u otros profesionales ligados al campo social” (TS 2).</p>
--	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

A diferença entre ser parte da eSF e estar inserido através da equipe NASF também se expressa no salário que recebe cada profissional. Como pode se observar na tabela 6, os profissionais NASF se encontram em igualdade no que refere à base salarial. Porém, apresentam uma grande diferença em relação as gratificações, sendo que o único profissional que recebe uma gratificação diferenciada e superior, é o profissional médico.

As profissionais entrevistadas relataram a existência de uma longa luta por isonomia salarial, mas a mesma não tem tido espaço nas discussões até o momento desta pesquisa.

A fim de uma maior compreensão da situação das profissionais, vale resgatar o seguinte trecho de uma das entrevistas:

Tem a ver com a cultura, né. Uma cultura médico centrada, de que o médico é o profissional principal de saúde da família, e de qualquer outro lugar também. Muitos discursos você escuta, sabe? [...] “não, eu que estudei mais, tenho que ganhar mais que você” (...) como a graduação deles é maior do que nossa graduação (a deles tem seis anos, a nossa tem quatro) eles acham que eles estudam mais, mas não é sempre assim, porque às vezes a gente tem mestrado, doutorado, especialização, e eles não [...] Então quem que estudou mais, sabe? Tem essa questão de que “eu estudei mais” “minha profissão é melhor” por estar em uma cultura médico centrada, num modelo biomédico, então, fica nessa questão e isso é o que pesa.

A odonto já conseguiu equiparação com a medicina (mas também área clínica) a enfermagem não, a enfermagem ficou num patamar entre todos os profissionais do nível superior, a enfermagem e acima da enfermagem ficam a odonto e a medicina, que são os profissionais que mais recebem na prefeitura. E isso é uma luta difícil assim, a gente já ouviu coisas do tipo “eu já saí da prefeitura tal porque tem isonomia.” “já deixei de trabalhar na prefeitura do Rio de Janeiro porque lá tem isonomia” então tem muitos discursos bem complicados, assim. É uma questão de corporativismo assim. (AS1).

Como pode se observar, a explicação desigualdade salarial não se reduz ao fato da profissão não estar incluída entre as profissões base da

estratégia de saúde da família e suas equipes. A mesma deve pensar-se nos termos já discutidos sobre a legitimidade da profissão na área da saúde, sendo que o médico é associado como profissional de maior importância, respondendo a uma lógica de pensamento segundo a qual o sujeito é antes de mais nada um corpo a sofrer intervenção, e a garantia da saúde, um leque de intervenções sobre aquele corpo.

Se soma a esta condição o fato do/a assistente social ter que mediar (conforme foi trabalhado na sessão II) entre os próprios lineamentos teóricos e políticos, as limitações institucionais e a manutenção da fonte de renda, espaço tensionado por interesses contrapostos nos quais, além de encontrar essa ponto de articulação entre os delineamentos políticos da sua intervenção e as demandas institucionais, o/a profissional tem que se encontrar e articular com a própria categoria profissional na luta por melhoras nas condições de trabalho. Tal e como traz uma das entrevistadas: *el lugar que ocupa el trabajador social es el lugar que pudo discutir (TS 1)*. Se evidencia assim, a necessidade urgente de garantir uma maior organização no interior da categoria como única via possível para pôr em questão as extenuantes condições de trabalho às quais estão sujeitos/as. Salientando que são precisamente estas condições as que se fazem de ancora da organização política da categoría profesional.

Para o caso da CABA, o salário se apresenta em isonomia para todas as profissões definidas como “profissões da saúde”, por elas estarem incluídas na carreira municipal de profissionais da saúde (conhecida como carreira hospitalar) e regidas pelos mesmos convênios de trabalho e, portanto, aos mesmos salários e benefícios. Porém, a desigualdade não é eliminada em Buenos Aires, ela se materializa no fato de qualquer profissional que não seja médico estar impossibilitado a ocupar cargos de condução (direção e subdireção) de qualquer instituição de saúde.

Tabela 6: Condições de trabalho – indicador: salário comparado a outras profissões com mesmo nível de formação

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Condições de trabalho	Salário comparado a outras profissões com mesmo nível de formação	<p>“Teve uma mudança este ano, depois de uma briga bastante grande, que a gente ficou um tempão em greve, por conta do nosso plano de carreira e salários. A gente teve um ganho, na verdade, que foi de equiparar todos os salários de todas as categorias profissionais do NASF (exceto médico). Então, por exemplo, a Nutrição, a Psicologia, o Serviço Social, a Farmácia, a Fisioterapia, todos eles passaram a receber o mesmo salário [...] agora, a partir de maio, que foi quando a gente conseguiu ganhar a luta para construir nosso PCCS, e a partir desse momento, todas as profissões do NASF começaram a ganhar igual [...] hoje, eu acredito que todos os profissionais com nível superior (exceto médico) tem uma igualdade sim de salários. Mas a medicina sempre ganha disparadamente mais, até porque muitas vezes, a pesar de ter nosso salário básico muito parecido, a gratificação médica é</p>	<p>“En realidad en el sistema hospitalario está lo que se llama carrera hospitalaria en la que tenemos una equiparación salarial a cualquier disciplina con la misma carga horaria. Yo en este momento estoy cobrando por mi antigüedad, lo mismo que cobraría un médico con mi antigüedad y mi carga horaria. No tenemos diferencias. Ésto ocurre desde hace aproximadamente 8/10 años que se equiparó [...] Ahora, si vos querés concursar un cargo de jefatura de unidad, de departamento, de lo que vos quieras, si no sos médico, esta misma carrera hospitalaria no te lo permite. ¿Por qué no te lo permite? Porque Médicos Municipales actúa corporativamente.” (TS 1)</p> <p>“Yo si hay otros compañeros de trabajo que tienen peores condiciones de contratación que se ve reflejado directamente</p>

	<p>muito superior à do Serviço Social. [...]Então a diferença é muito grande assim. Aí eles não ganham gratificação do NASF e ganham gratificação do PSF, mesmo compondo o NASF [...]. A gente já brigou por essa questão da isonomia salarial, passou em algumas conferências de saúde essa questão da isonomia, mas na hora de brigar no PCCS foi uma das coisas que não passou. Isonomia com médico, só dentista. Dentista e médico ganham a mesma coisa, o resto.” (AS 1).</p> <p>“A gente tem plano de carreiras e vencimentos de salário [sic]. Antes tinha diferença de salário, se não me engano era Nutrição, Educação Física e qual era a outra [...]. Então, tinha no NASF a diferenciação dessas duas profissões que não recebiam RT, que é a Responsabilidade Técnica. A partir de nosso plano de cargos-carreira-salário não vai ter mais diferença. Nosso vencimento eram tantinho assim, aí tinha a responsabilidade técnica e tinha a gratificação. Agora essa responsabilidade técnica vai ser colocada enquanto salário e a gratificação</p>	<p>sobre sus salarios y derechos.” (TS 2)</p> <p>“Las condiciones salariales, sí, son equivalentes entre las distintas disciplinas, lo que cambia, por supuesto, es por la antigüedad, y por ahí algún título que se tenga algún plus. Pero es para todos igual. no cambia por disciplinas, y sí por categorías (algún postitulo, antigüedad). Sino sí, por lo menos en salud en Ciudad, la premisa es que cobremos todos por igual por cantidad de horas de trabajo. Obvio que por ahí hay algunos que tienen más horas y ellos cobran más, obvio.”(TS 3)</p>
--	---	--

		<p>ainda vai ser enquanto gratificação, isso a gente não conseguiu adequar. Então as profissões NASF, tirando médico, recebem tudo igual. E tem os médicos, pediatras e psiquiatras (é pediatra que eu esqueci de falar aquela hora) que eles recebem diferente. Aí não sei te dizer o quanto, mas com certeza muito mais” (AS 2).</p> <p>“Não. Os médicos tem um salário diferenciado. Aí tem algumas diferenças de gratificações [...] o vencimento do salário difere bastante. Por exemplo, o médico ganha muito mais do que os outros profissionais, o salário é bem maior” (AS 3).</p>	
--	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

Uma última questão vinculada às condições de trabalho é a disponibilidade de espaço e recursos. Ao serem questionadas sobre a própria percepção das condições de trabalho, as profissionais de Florianópolis chamaram a atenção para a falta de um local onde possam trabalhar e de ferramentas básicas³⁹ para o desenvolvimento do exercício profissional (como um carro para realizar visitas, computador para escrever os registros e pareceres, entre outras). Ao não estarem integradas na eSF, as Assistentes Sociais inserem-se nas UBSs como pessoal externo a estas. Ao mesmo tempo, o número de eSFs para as quais cada profissional é referência, força as profissionais a estarem constantemente se trasladando de um local para outro, impossibilitando algum tipo de

³⁹ Ver tabela 11

rotina que organize o trabalho no longo prazo, reduzindo o período de planejamento das profissionais ao lapso de um mês.

A sobrecarga de trabalho se expressa não só na quantidade de locais de trabalho e eSFs, mas também na constante improvisação e criação de estratégias para cumprir, além das atividades presenciais, aquelas burocráticas e de registro do trabalho feito, destinando muitas vezes os espaços “vazios” às atividades pendentes, como por exemplo, registros de reuniões entre um atendimento e outro. Porém, além de lidar com a sobrecarga, as profissionais relatam serem tachadas pela gestão e por outros profissionais como “não resolutivas”.

A somatória de uma precária apropriação das causas sociais de saúde por parte da gestão, de uma lógica biomédica (e, portanto, médico centrada), e de uma visão completamente mercantilizada da saúde, que prevalece nos locais de trabalho, resulta na criação de um modelo de trabalho no qual se privilegia a quantidade de atendimentos sobre a qualidade. Define-se como resolutivo àquele profissional que pode aumentar a quantidade de atendimentos por período trabalhado, algo muito fácil de ser feito se se pensar nos e nas usuários/as de forma fragmentada.

Acontece que, tal como afirma Iamamoto (1998), o objeto de trabalho do Assistente Social são as expressões da questão social, e abordá-las requer de uma leitura da realidade desde sua totalidade para retornar à particularidade da situação que se apresenta no espaço de trabalho.

Em palavras da autora:

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais cotidianas. E nesse campo que se dá o trabalho do assistente social, devendo apreender como a questão social em múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas (IAMAMOTO, 1998, p.62).

Assim, pensar as problemáticas trazidas pelos/as Assistentes Sociais, entendendo-as como expressões da questão social, mas também buscando abordá-las desde a particularidade apresentada por aquele sujeito, demanda uma estratégia que busque olhar àquela pessoa inserida

num contexto econômico e social. Requer um exercício que articule uma visão ampla direcionada à problemática que aquele sujeito apresenta. Para isto, a/o profissional necessita ter tempo para a escuta do sujeito, elaborando uma estratégia que dê uma resposta a esse problema (a maioria das vezes apresentado com angustia de urgência) no imediato, mas também, que construa uma abordagem a longo prazo que vise dar fim ao ciclo de padecimento-tratamento.

Esta estratégia deve ser pensada desde a integralidade que configura esse sujeito, que dá forma e contexto a essa problemática, e para isto, a situação deve ser pensada com a equipe.

Se esta forma de construir estratégias de abordagem das demandas que chegam às UBSs não é partilhada pela equipe, a possibilidade de uma abordagem integral se torna um incômodo. A necessidade de uma abordagem interdisciplinar que leve em conta as questões estruturais que configuram as problemáticas, se torna uma falta de capacidade resolutiva por parte do ou da profissional. Entendendo a resolução como trabalho individual, rápido e de baixo custo e que, se possível, faça com que o sujeito não volte a curto prazo.

No caso da CABA, os e as Assistentes Sociais formam parte da correlata eSF, contando com uma certa “igualdade” em termos de espaço, acesso a recursos e com o restante da equipe. A realidade medicocêntrica não é privativa do contexto florianopolitano, sendo uma questão levantada também pelas e pelos Assistentes Sociais entrevistados/as da CABA. A falta de condições de trabalho encontra-se vinculada à deslegitimação da categoria. Em ambos os cenários está presente a construção por parte da gestão de uma imagem do/da assistente social como quem incomoda, que vai além, que gera problemas ao reconhecer demandas que não são trazidas pelo/a usuário/a ou pela equipe. Esta interpretação da realidade intrínseca à profissão, quando não é entendida como constitutiva da abordagem da saúde (ou de qualquer área de inserção) é vista como algo que obstaculiza a causa “natural” das intervenções: rápidas, individuais e de baixo custo.

Neste sentido, as entrevistas realizadas na CABA chamam a atenção para pensar as condições de trabalho além da saúde, entendendo que estas se transformarão conforme o/a profissional possa disputar espaços e direitos. Porém, se observa que de todas as áreas de atuação, a da saúde é a que mais estabilidade oferece, facilitando a possibilidade de disputar espaços e melhoras nas condições de trabalho.

Tabela 7: Condições de trabalho – Indicador: Definição das condições de trabalho a partir do olhar do/a profissional

EIXO: INSERÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DE SAÚDE			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Condições de trabalho	Definição das condições de trabalho a partir do olhar do/a Profissional	<p>“A gente não tem lugar para atender. Algumas unidades tem uma sala do NASF, que a gente divide com todos os profissionais do NASF, então a profissão menos privilegiada em termos de espaço é o Serviço Social, porque a maioria das equipes acredita que nosso trabalho deve ser muito mais na rua, fazendo visitas domiciliares, do que no centro de saúde [...]. A questão do carro, a gente não tem um carro pro NASF, então a gente precisa muitas vezes se articular, mudar nossa agenda para fazer visita domiciliar com o carro para as equipes de saúde da família, e muitas vezes quando a gente não faz com eles, eles nem aceitam dividir o carro, então tem uma dificuldade em relação a isso. Telefone, acesso ao telefone, acesso ao computador, encontrar um consultório disponível, ou o consultório está sendo ocupado por algum grupo. Aí a gente não tem acesso a essas coisas e a gente tem todo um sistema</p>	<p>“Las condiciones de trabajo, yo creo que en el CeSAC en el que yo desarrollo mi actividad es exactamente igual a cualquiera, igual que cualquier otro profesional. No es que tenga algo que me facilite, ni algo que me impide. Sencillamente es que el sistema de salud refiere, manifiesta una cosa, una política de salud, y en la realidad, como a cualquier profesional, del área social o no, te piden que vos actúes desde otro lugar. Es una disociación constante” (TS 1).</p> <p>“Buenas pero por lo anteriormente expresado no son óptimas debido que por las características de ambos centros y los trabajos que se vienen desarrollando se deberían contar con más profesionales de trabajo social” (TS 2).</p> <p>“En general me parece que son muy buenas las condiciones (y con esto por favor no quiero defender al Gobierno de</p>

		<p>informatizado, que muitas vezes é importante consultar, registrar, algumas coisas que a gente não consegue por não ter um espaço adequado. Então o NASF, na prefeitura, ele ainda é meio colocado de lado, assim [...]. E a questão da sobrecarga, né. Que isso é obvio. A gente está com muito mais do que preconiza a legislação, que é até 9 equipes, e eu atendo 21. A outra vai atender, sei lá 29, tem que tem 30 equipes de saúde no Serviço Social. Então, a gente está muito fora do que a lógica do Ministério da Saúde e do que o NASF prevê que é 9 equipes. E essa nossa briga, ela não tá dando em nada por enquanto” (AS 1).</p> <p>“Então, a partir do momento em que você é uma profissional efetiva, que passou o estágio probatório, pronto: agora estou mais tranquilo... não que a gente não tenha se posicionado antes, mas daí com mais cuidado, pisando em ovos. Acho que depois disso a gente fica mais tranquila para se posicionar, para fazer reivindicações mesmo, mas a gestão tem essa visão (mesmo que seja velada) eles falam: “eu não entendo o que é o Serviço Social” “você</p>	<p>la Ciudad, que sabemos muy bien lo que fue y lo que sigue siendo). Se vulneran un montón de derechos que nosotros nos encargamos de denunciar y combatir, pero te mentiría si no te digiera que a nivel país, son muy buenos sueldos y muy buenas condiciones –lo que tuvimos la suerte de poder concursar y poder estar en planta permanente, no así la mayoría de los trabajadores sociales, que sabemos que están en condiciones mucho más precarias)” (TS 3).</p>
--	--	--	--

		<p>não são um profissional resolutivo” “como que um médico faz dez atendimentos numa manhã e você só faz duas visitas”. Mas eles entendem o que a gente faz, já passou desse patamar (a gestão eu estou dizendo) entendem quê que é, entendem que nossa profissão é uma profissão diferenciada, que a gente vai conseguir fazer quem sabe uma visita de manhã, dependendo da visita, mas eles não querem entender, para eles não é interessante, então acostumam vir com essa falácia e eu acho que vela uma questão que eles nos entendem mesmo como um profissional que não ajuda mesmo à gestão por conta de nós estar fazendo esse movimento com o usuário, de ir e buscar seus direitos” (AS 2).</p>	
--	--	---	--

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

4.2 ABRANGÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O presente eixo foi dividido em dois sub-eixos: *Aproximação com os usuários e demandas recorrentes*. Por sua vez, os sub-eixos possuem indicadores que expressam aspectos específicos de sua caracterização.

Assim, o sub-eixo *Aproximação com os usuários* tem como objetivo caracterizar a forma em que se desenvolve o encontro com os usuários e as usuárias. Para isto, tem-se como indicadores a existência de espaços de atenção individual; a forma de definição e atenção das demandas emergentes destes espaços; as estratégias desenvolvidas pela/pelo profissional, resultantes destas definições; e a Participação de usuários/as na delimitação de demandas.

No sub-eixo *demandas recorrentes*, os indicadores buscam reconhecer aquelas demandas recorrentes dos usuários, da equipe e aquelas que sem ser trazidas pelos dois atores mencionados, são reconhecidas pelas e pelos Assistentes Sociais nos diferentes espaços nos quais se insere o exercício profissional.

Nas tabelas 8 e 9 se encontram os indicadores do sub-eixo *aproximação com os usuários*.

No caso das profissionais de Florianópolis, nas diretrizes orientadoras do NASF, se estipula como ações do Assistente Social nos NASF:

1. Coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às equipes de SF; 2. Estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as equipes de SF; 3. Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades; 4. Atenção às famílias de forma integral, em conjunto com as equipes de SF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais; 5. Identificar no território, junto com as equipes de SF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; 6. Discutir e realizar visitas domiciliares com as equipes de SF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde; 7. Possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as equipes de SF e a comunidade; 8. Identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de SF, rede de proteção social; 9. Apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde; 10. Desenvolver junto com os profissionais das equipes de SF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas; 11. Estimular e acompanhar as ações de controle social em

conjunto com as equipes de SF; 12. Capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de SF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; 13. No âmbito do serviço social, identificar e buscar as condições necessárias para a atenção domiciliar (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015, p.91).

No contexto de sobrecarga de trabalho no qual se encontram as profissionais, este amplo número de atividades é adaptado à agenda, nas condições descritas anteriormente. Assim, a aproximação com os usuários se dá nesta complexa trama, na qual os espaços de encontro se reduziram àqueles encontros mensais com as eSFs, visitas ou entrevistas marcadas com ao menos um mês de antecedência. As profissionais afirmaram que a falta de espaços para atendimento de demanda espontânea de usuários corresponde, mais do que a escolha e elaboração de uma estratégia, à falta de tempo. De igual maneira, reconhecem a necessidade de abrir mais espaços abertos à comunidade, com os quais se possa trabalhar questões de saúde. As profissionais ressaltaram a impossibilidade de levar adiante estratégias grupais de abordagens de temáticas diversas, reduzindo os espaços de encontro com a comunidade à reuniões dos conselhos locais.

Neste sentido, chamou a atenção uma fala recorrente nas entrevistadas e que faz referência ao papel desenvolvido pelas residentes de serviço social. Segundo as entrevistadas, tem se tornando cada vez mais notório o lugar assignado pela prefeitura para as residentes, as quais seriam utilizadas como resposta “barata” aos reclamos pela inserção de mais Assistentes Sociais nos distritos.

É mão de obra barata, de fato assim. É uma grana que vem do Ministério da Saúde, então a prefeitura não tem gastos com isso e tem profissionais trabalhando. Não é entendido. O que eu vejo é que na gestão, eu acredito que no setor educação em saúde, tem profissionais que inclusive já foram residentes, profissionais que já participaram enquanto preceptores da residência UFSC e que tem uma visão diferenciada, mas o setor educação em saúde, fica dentro da secretaria de saúde, mas que a gestão não tem, e não entende como um processo de especialização, como um processo

educacional mesmo. A gestão entende como mão de obra e aí fica difícil. (AS 2).

Segundo as profissionais, esta situação se agrava com a escassa disponibilidade de tempo com que contam para garantir o acompanhamento das residentes, motivo pelo qual, muitas vezes, estas assumem os postos de saúde. Inclusive as profissionais relatam que em centros de saúde onde existe a presença constante de residentes, incrementa-se em grande número a demanda espontânea de usuários e solicitam explicitamente para “falar com a Assistente Social”.

No caso da CABA, como já foi descrito na forma de organização das atividades na jornada de trabalho, o serviço social tem seu espaço próprio nos centros de saúde e as e os profissionais organizam suas agendas conforme os projetos desenvolvidos no centro de saúde e com as redes intersetoriais.

As/os assistentes sociais reconhecem no trabalho comunitário a forma que mais se adequa à prevenção e promoção da saúde. Porém, não deixam de lado os espaços de demanda espontânea, entendendo-os como primeiro momento de aproximação do usuário com a problematização da sua realidade. A presença estável de um profissional nos centros de saúde facilita a geração de demandas por partes dos sujeitos, cujo reconhecimento por parte deste representa um passo fundamental para a criação de estratégias coletivas de abordagem das problemáticas.

Neste sentido, as/os profissionais têm como matéria-prima para a elaboração de projetos aquelas demandas mais recorrentes por parte dos/as usuários.

A diferença de Florianópolis, dada a inexistência da figura dos conselhos locais de saúde, se dá na articulação com a comunidade via rede intersetorial e por meio de atividades abertas à comunidade. Vale destacar, que este tipo de atividades acostuma apresentar uma grande resistência por parte da gestão, sendo minoritários os centros de saúde que fomentam a articulação com a rede desde a gerência.

Tabela 8: Aproximação com os usuários – indicadores: existência espaços de atenção individual/ forma de definição e atenção das demandas/ estratégias desenvolvidas pela profissional

EIXO: ABRANGÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Aproximação com os usuários	Existência espaços de atenção individual/ forma de definição e atenção das demandas/ estratégias desenvolvidas pela profissional	<p>“Com algumas limitações físicas, de espaço, enfim, mas a gente tem. [...] para chegar no NASF, ou no Serviço Social, ela tem que ter passado pelas Equipes de Saúde da Família. A Equipe de Saúde da Família atendeu essa pessoa, esse usuário, essa família, ela vai identificar uma demanda para o Serviço Social, e aí é que a gente esbarra em alguns problemas, por exemplo, muitas vezes, demandas que seriam para o Serviço Social, que poderiam, o Assistente Social atuar, não chegam porque a equipe não percebe, não tem aquele olhar de que aquela demanda poderia vir pra gente, mas enfim, a equipe avalia, ela faz o primeiro contato com o usuário, identificando uma demanda pro Serviço Social, a gente matricia nas reuniões de equipe, discute a situação, e aí a gente agenda o atendimento individual ou uma interconsulta ou uma visita domiciliar para atendimento daquele usuário, ou insere em algum grupo [...] junto com a equipe a gente define qual é a melhor forma de atuação [...]. Pode vir do hospital, vem de CRAS, mas daí a gente pelo menos discute a situação com</p>	<p>“esta construcción, ésta mirada, en este centro de salud en particular, yo creo que la única posibilidad de hacerlo social, público y como parte de estrategia, es generando espacios de capacitación y de escucha entre nosotros mismos. Porque esta construcción de ver al otro o de ver a tu comunidad siempre te deja una huella de angustia, no es un aprendizaje donde vos salís airoso porque no es una construcción intelectual, es a la inversa, es como todas estas herramientas metodológicas, teóricas que vos aprendiste, que vos leíste, que adherís, porque vos elegís dentro de las estrategias cuáles usas de acuerdo a tu concepción ideológica, vos elaboras el dolor que está pasando está mujer, ésta familia, este niño, esta comunidad, este barrio. Y eso siempre es un proceso doloroso porque es una desigualdad terrible y</p>

	<p>a Equipe de Saúde da Família pra ver se a equipe conhece. Se a equipe já conhece e vir a demanda de outro lugar, a gente vai atender também, não precisa repassar para a Equipe de Saúde da Família pra gente fazer o atendimento, mas, pelo menos a equipe tem que conhecer, agora se a equipe nunca viu aquela família e veio do CRAS, por exemplo, a Equipes de Saúde da Família vão conhecer e aí conhecendo, a gente vai atuar, a gente até pode, conhecer juntas, não tem problema, mas a equipe também tem que se responsabilizar pela situação” (AS 1).</p> <p>“Então, em 2012, antes de eu entrar (e até acho que as Assistentes sociais que participaram podem te explicar melhor), foi feito um levantamento de quais seriam as demandas pro Serviço Social e dessas demandas, quais seriam urgências, o que daria para aguardar até o Assistente Social estar novamente na reunião de equipe, o que a equipe poderia contatar por telefone, por e-mail, né? Pra ter essa facilidade. Então a gente tem essa cópia onde tem os critérios para o atendimento do Serviço Social. [...] Porque não é, a gente não consegue realmente, a gente depende de outras políticas: uma cesta básica, a gente sabe que aquela família está necessitando naquele momento e tem várias questões, mas ela está com</p>	<p>una falta de equidad. Entonces vos no la podes elaborar sólo ni tampoco arraigarte el deseo. Tenes que elaborar espacios.(...)Me duele actuar de manera urgente porque siempre siento que no va a ser lo más equitativo. Sí hay una urgencia y lo estoy trabajando con otro que cree que es una urgencia, bueno me pongo a tono con la urgencia, pero a veces me ha tocado decir “bueno, pará, a ver...veamos(...)yo hago demanda espontánea porque yo dije que tenía que hacer demanda espontánea, porque a mí nadie me dijo que lo tenía que hacer, como nadie me dijo usted tiene que hacer trabajo comunitario o usted tiene que hacer trabajo grupal. Yo dije voy a hacer demanda espontánea dos veces por semana porque caminado en el barrio, cuando vos ingresé, armé la historia del lugar donde iba a trabajar, porque sino ¿qué iba a hacer? Así que comencé a estudiar la historia, recorrer el barrio, hacer un trabajo escrito con Luis y entonces comencé a entender a quiénes iba a</p>
--	---	--

	<p>fome. Então a primeira situação. E a gente sabe que a gente vai demandar, vai encaminhar para a previdência, que tem uma lista de espera, então que não vai depender muitas vezes do nosso encaminhamento, então a gente tem que fazer muitas vezes outras articulações. A gente ocupa muito o terceiro setor, ONGs, igrejas, quando tem essas questões mais imediatas” (AS 2).</p> <p>“Sim, atendimento na própria instituição, no próprio posto de saúde, a gente atende bastante. As vezes o que que acontece: a gente discute um caso com a equipe de saúde primeiro, aí visualiza se precisa de um contato comigo, se está melhor, daí a gente marca atendimento com a pessoa, e aí a pessoa vem falar comigo. As vezes é com interconsulta, as vezes sou eu sozinha, até porque tem uma demanda grande dos outros profissionais também, então geralmente o atendimento é individualmente comigo” (AS 3).</p> <p>“Existe, porque num bairro como este que é grande, alguns usuários acabam se falando entre si e entre eles acabam fazendo referência, “procura a Assistente Social porque eu lá consegui acessar tal direito [...] ou mesmo acabam que a própria equipe, é uma situação de emergência e não dá tempo para esperar o matriciamento, que é uma vez</p>	<p>atender. Que no son todos los que van al centro de salud. Entonces dije vamos a hacer un dispositivo de demanda espontánea para evacuar dudas, orientar a la gente.” (TS 1)</p> <p>“Esto de la demanda espontánea, lo que le sucede a ésta persona, a ésta familia, ya directamente te está conectando con ésta comunidad. Sí, es un problema, a lo mejor acuciante, que tenés que resolver en el momento, pero sí te conecta con la planificación a largo plazo. ¿Qué hacemos? porque no es esta familia sola, son varias familias a las que les está pasando esto. Entonces, el contacto con la demanda espontanea sirve para ir diagnosticando, ver lo que le está pasando a esta comunidad y es un ir y venir permanente. Lo podés separar para los términos de estudio, en el hacer va todo junto.” (TS 2)</p> <p>“el espacio de reuniones de equipo. En esos espacios es que se van determinando y delimitando los problemas. Es dialéctico, es</p>
--	---	--

	<p>por mês somente, com aquela equipe e daí o que acontece, a pessoa acaba vindo por uma situação de emergência e aí a gente acaba atendendo sim a demanda espontânea [...]. Esse usuário chegou, solicitou atendimento na recepção, nós temos a agenda aberta, sistemas de informações. A agenda eletrônica, ela é escolhida para qualquer profissional da Equipe de Saúde da Família agendar, então já aconteceu de algum profissional agendar para mim e claro, me falar antes, rapidamente, fora do dia agendado do matriciamento da situação e aí a gente atende sim. E já aconteceu, como te falei, do próprio, entre eles “olha, tem a Assistente Social no posto, procura, porque eu fui, fui bem atendido, consegui acessar tal direito”. Então essa lógica, na minha opinião tem que ser flexível, uma vez que nós atendemos, uma vez que o NASF se estruturou dessa forma assistencial, no sentido do atendimento, no sentido das atividades assistenciais, no sentido do atendimento, daquilo que a gente atende direto o usuário, nosso, a maior parte do tempo, nosso atendimento é direto ao usuário, não é só ao profissional de matriciamento, de saúde da família realizando matriciamento. Nossa principal porcentagem de atendimentos é ao usuário, então se estruturou dessa forma (AS 2).</p>	<p>permanente el ida y vuelta que se va dando y que se va haciendo en la práctica. (TS 3)</p>
--	---	---

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

Tabela 9: Aproximação com os usuários – Indicador: Participação de usuários na delimitação de demandas

EIXO: ABRANGÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Aproximação com os usuários	Participação de usuários na delimitação de demandas	<p>“P: Certo, e os usuários? Bom, você me falou que foi no 2012, mas tem conhecimento de se eles participaram da definição de quais seriam essas demandas ou foi só a equipe do NASF?”</p> <p>R: Eu acredito que não participaram, acredito que tenha sido pelo NASF.</p> <p>P: Existe algum espaço (além do conselho local, pois ali se trabalham outras questões) onde eles definam quais demandas devem ser atendidas</p> <p>R: Não.” (AS 2)</p> <p>“A instrução normativa da secretaria de saúde teve a participação de profissionais como fomos nós que construímos e elaboramos os parâmetros que eu também citei de atuação do Serviço</p>	<p>“el centro no articula, (...) si la red está articulada con el CeSAC es porque hay doy profesionales que lo tomaron como un trabajo que somos M y yo. Pero no están todos los profesionales(...) No les gusta, no les gusta que la gente entre al Centro de Salud a hacer pis en vez de a atenderse, y encima un sábado. No tienen nociones de lo importante del laburo comunitario. No hay anclaje comunitario. De hecho cuando nos mudamos al edificio nuevo, porque en el anterior se nos cayeron los techos y se desbordaron las cloacas .. la gente me preguntaba “¿señorita ahora hay que pagar?” ¿Por qué será que creían que había que pagar? Porque está nuevito, porque está limpito...y mucha gente no volvió al CeSAC, ni se enteró de que nos mudamos. De hecho, si vos preguntas por el barrio, no mucha gente debe saber que es un</p>

		<p>Social em saúde teve uma forte participação dos profissionais, eu participei bastante ativamente dessa construção. Mas em termos de participação concreta dos usuários se dá mais no âmbito do conselho local de saúde, do conselho municipal de saúde, estadual e nacional, no sentido das conferencias também, no sentido deles discutirem, compreendem e trazem sua critica em relação ao NASF, em relação a essa descompensação entre o que está colocado na portaria e o que de fato acontece na pratica em relação ao numero de equipes de saúde da família por equipe NASF. Isto é, o não cumprimento da portaria ministerial, então os usuários tem esse entendimento, nos conselhos locais de saúde fazem a critica né, mas assim fica mais nesse sentido.”(AS 4)</p>	<p>centro de salud, ni que depende del Gobierno de la Ciudad, y mucho menos que depende del Ramos...de hecho el Ramos no sabe que tiene un centro de salud. (...) Entonces no te puedes articular ni con tu hospital referente de base, ¿cómo vas a articular para abajo? Si mis derechos están vulnerados, ¿cómo voy a trabajar con el otro para que los suyos no sean vulnerados? La misma lógica para las estadísticas, pesan más las estadísticas individuales que las grupales. Si presentamos un informe en el que dice que participamos de una actividad tres profesionales y vinieron tres personas, nos van a decir “acá hay recurso humano desperdiciado”. (...) El hospital tiene que ofrecer un servicio de referencia y contrareferencia, no está preparado ni para casos específicos que requieren mayor complejidad. En ese contexto, articular puede generar más demanda y eso da temor, que te genere más trabajo (...)muchas veces vos trabajas lo colectivo porque si no es colectiva, no es resolución. Tiene que ver con los procesos micro y los procesos micros van muy ligados con los procesos macros.</p>
--	--	---	---

Muchas veces hay posibilidad de encuentro, de gestionar, porque el que gestiona es el otro, uno acompaña la gestión, porque la resolución del problema es del otro (...) depende mucho de la situación, de la capacidad de organización que se dé en ese momento.”(TS 1)

“Yo no puedo entender mi trabajo desde la no articulación y metido acá adentro y esto de la articulación se va dando. No hay redes como RIOBA pero sí hay redes. Hay una que no está funcionando como red propiamente dicha, pero sí es una red que es la Multisectorial de San Cristóbal, que se van juntando para actividades específicas, como el día del niño, y ella articula algunas instituciones del barrio, como la “juegoteca Martín fierro”, “Caminos Abiertos”, “FM Semilla”, la gente de la “parroquia de la Santa Cruz” y algunas veces se ha hecho el festejo del barrio San Cristóbal en el CeSAC, con una torta que donaron de la panadería de acá a la vuelta y ese tipo de cosas Como que hay predisposición a ese tipo de trabajo” (TS 2)

“Había mucha demanda de cuestiones vinculadas

		<p>a la problemática de género, embarazo no deseado, y eso también hizo que se empiece a armar un equipo a través de esa observación de parte de todas las disciplinas. Aquí no había equipo de salud sexual y reproductiva y se empezó a armar a raíz de eso. Entonces empezamos a poder organizar un equipo, pensar una conserjería de salud sexual desde una perspectiva integral, trabajamos en los comedores, acciones que se enmarcan en lo que es la atención primaria de la salud, que por ahí no es la respuesta directa a una demanda específica pero es esa demanda la que lo motiva. Otra cosa que se me ocurrió, es lo de los espacios de los jueves, que voy a intentar contártelo (porque dá para juntarnos un día a hablar específicamente de eso) que empiezan a surgir muchos casos de plomo en sangre a partir del cementerio de autos. Una cuestión que podía pensarse como puntual, dio lugar a la construcción de un espacio que, en un comienzo, tenía como función sólo poder acompañar a las familias. Como con las caídas de alturas que ahora se formó un espacio donde</p>
--	--	--

		<p>se trabaja de manera intersectorial, porque vienen hasta de la defensoría del pueblo, a tratar el tema de caídas de altura, que por ahí surgió de que viéramos muchas demandas desde el trabajo social, por cuestiones habitacionales, falta de recursos para conseguir una escalera una baranda, y ante esas cuestiones que no se podían pensar muchas respuestas más acabadas desde lo individual, se pensó como respuesta el armado de este espacio sobre caídas de alturas, que ya se está articulando con el hospital Piñero, con las organizaciones del barrio, con los organismos del estado a los que les compete dar respuesta, ya sea desde los materias hasta el control. Se está armando pero fue desde observaciones de la demanda.” (TS 3)</p>
--	--	---

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

A respeito das demandas recorrentes, estas foram divididas em três indicadores: demandas recorrentes por parte dos usuários, demandas recorrentes por parte da equipe de saúde da família e demandas reconhecidas pela/profissional.

Para analisar estes indicadores, precisamos voltar por um instante às Sessões I e II. Nelas fizemos um percurso no qual definimos Política Social, a forma que esta é definida no plano internacional, o lugar que ocuparam Brasil e Argentina nessas definições e a forma que se desenvolveram as políticas de saúde. Temos visto também o contexto no

qual o serviço social surge e se configura bem como as questões que se atribuem à profissão desde então.

Em que pese a constante disputa por ruptura com àquela primeira concepção da profissão, o papel assignado na divisão social e técnica do trabalho só seria possível numa outra organização societária. Desta forma, não haveria de nos surpreender o conteúdo que nos apresenta a tabela 10. Nela se encontram condensadas as demandas com as quais os e as profissionais lidam cotidianamente. Num contexto de superexploração (VALENCIA, 2003) da classe trabalhadora, as expressões da questão social se materializam na falta de acesso aos bens considerados de primeira necessidade, ou reconhecidas como necessidades básicas.

As políticas fragmentadas e focalizadas do neoliberalismo servem para cobrir de forma parcial essas necessidades insatisfeitas e, nesse mesmo movimento, estabelecem o marco no qual, junto com a precarização das condições de vida dos sujeitos, desenham suas demandas (porque após décadas de treinamento da classe trabalhadora, esta entendeu já muito bem, quanto pode demandar e a quem). Nesta linha, se observa como demandas recorrentes por parte dos usuários a de orientações para acesso a pensões, aposentadorias ou algum tipo de benefício, realização de informes/estudos sociais que foram demandado por outra instituição, situações de violência, denúncias de direitos vulnerados e geração de documentação.

Como demanda recorrente das equipes, destacam-se aquelas vinculadas ao papel conferido às profissionais, identificadas com aquelas que lidarão com tudo o que se refere à direitos violados ou orientação de benefícios, ou seja, ao que seja considerado por outrem como “o social”. Este olhar sobre o profissional, com frequência, longe de facilitar o acesso ao benefício ou àquilo que foi demandado pelo/a usuário/a, o dificulta. Pois, muitas vezes, o recurso não depende da área da saúde, e quem demanda precisa esperar um mês até se encontrar com a profissional para que esta o encaminhe à instituição correspondente.

A respeito das demandas reconhecidas pelos/as assistentes sociais, a diferença destas reside nas bases teórico-metodológicas dos/as profissionais, as quais são, nas palavras de Iamamoto (1998, p.63) *recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho: contribuem para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação.*

São aquelas demandas que estão por trás do sintoma, questões estruturais. Neste sentido, uma das profissionais entrevistadas afirma:

Son cuestiones vinculadas a la estructura del barrio: por ejemplo el 80% tiene problemas habitacionales, o de hacinamiento, o de disputa de alguna pieza... te diría que el 80% de esas demandas van por esa cuestión. Muy pocas personas llegan por problemas vinculados a la alimentación, muy pocas llegan consultando por la asignación universal (...) entonces como nuestras intervenciones no son instantáneas, afortunadamente, uno lo que puede hacer es volver a citar al paciente. Si el paciente quiere volver, porque si lo que quiere es la nota porque lo desalojaron y la prioridad es encontrarle techo porque lo desalojaron, le harás la nota y le dirás “si tiene ganas, vuelva” porque desgraciadamente, nuestra firma es la única que habilita a que se evalúe desde el programa, así que muchas veces es sólo abrir una puerta para que salga un derecho (...) Y como somos agentes de control, todos los programas si no vas con, como dicen: “el papelito de la asistenta” no entramos, ni nos escuchan. Entonces hasta el sistema genera que vos seas la “dadora del papelito”. Entonces hasta que yo logro sentarme y explicar que el papelito no es sólo un papelito, porque yo me tengo que sentar y transcribir intimidades tuyas, entonces o es una derivación o es un informe social y es tuyo, no es un papelito. Pero al paciente muchas veces esto no le interesa porque lo están desalojando ¿qué me venía a hablar de que yo...? Entonces generalmente le hago el informe y lo convoco por otro motivo (la leche, algún control...) No todos vuelven, porque tampoco todos entendemos que uno puede anticiparse a situaciones de salud, así que vienen en situaciones de emergencia. (TS 1).

Não é a expressão da questão social, mas o olhar para ela o que define quais são as demandas reconhecidas pelas/os assistente sociais, e a abordagem das mesmas transita entre a resposta àquela primeira demanda expressada pelo/a usuário/a, maiormente com caráter de urgência e a problematização da mesma visando a uma abordagem ao longo prazo.

Tabela 10: Demandas recorrentes – Indicadores: Demandas recorrentes por parte dos usuários – Demandas recorrentes por parte da EFS – Demandas reconhecidas pelo/a assistente social

EIXO: ABRANGÊNCIA DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Demandas recorrentes	Demandas recorrentes por parte dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a equipamentos de saúde. • Vaga em creche. • Aposentadorias ou benefícios. • Violência • Saúde mental • Questões, trabalhistas: • Violação de direitos contra idoso, contra criança. • Mulheres em situações de violências 	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente en el centro de salud me consultan por situaciones muy específicas vinculadas a cuestiones de salud. • Informe social. • Demanda concreta sino con el recurso que hay. Muchas veces la demanda está determinada por el recurso existente. • problemáticas habitacionales. • Alimentos. • Documentos. • Tramites de pensiones.
	Demandas recorrentes por parte da EFS	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de vítimas de violência. • Parecer social. • Laudo social. • Questões trabalhistas • Benefícios. • Assedio, assedio moral no trabalho chega muito de gestantes. • Violência contra idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se llama al trabajador social, como a resolver problemas estructurales que presenta algún paciente al momento de la consulta. • Una trabajadora social para calmar su angustia. requieren que el trabajador social busque dentro del barrio, comedores, parroquias, o lo que fuera que permita

			<p>que esta familia se asegure una ingesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La consulta pasa más que nada por orientación en relación a derechos. • Intervenciones comunitarias o barriales y ahí se pone en juego los abordajes interdisciplinarios.
	<p>Demandas reconocidas pelo/a assistente social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação de benefícios. • Situação de violência. • Situação de negligência. • Situação de acesso à saúde, medicamentos, disponível para todos os profissionais acessarem. • Dificuldades financeiras • Desemprego e direitos trabalhistas . 	<ul style="list-style-type: none"> • Migración. • Vivienda. • Cuestiones estructurales. (trabajo, educación, vivienda)

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

4.3 LIMITES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O último eixo da análise, contém um sub-eixo: ***Inserção institucional do/a profissional*** e tem como objetivo caracterizar aqueles aspectos que são reconhecidos pelos/as profissionais como limitantes do exercício. Para isto se tem como indicadores: autonomia, respaldo institucional, disponibilidade de recursos para as atividades (recursos humanos, materiais e orçamentário), definição de responsabilidades, atividades por parte da instituição e relação entre as definições de

problemáticas por parte da instituição e as demandas da população e da eSF.

Parte-se aqui de compreender que, embora os e as assistentes sociais possuam uma formação que lhes forneça uma bagagem teórico-metodológica, ou seja, que lhes permita elaborar estratégias de atuação conforme uma análise da realidade e objetivos claros orientados por um projeto ético-político, estes encontram limites na autonomia para o exercício da profissão.

Por isto, antes de começar o levantamento das afirmações das e dos profissionais entrevistados/as, resulta pertinente lembrar o que Iamamoto nos alertava em *Serviço Social na Contemporaneidade*:

Embora regulamentado como uma profissão liberal na sociedade, o Serviço Social não se realiza como tal. Isso significa que o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo, Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado, Em outros termos, parte dos meios ou recursos materiais, financeiros e organizacionais necessários ao exercício desse trabalho são fornecidos pelas entidades empregadoras, Portanto, a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o Assistente Social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas *molda* a sua inserção socioinstitucional na sociedade brasileira. (IAMAMOTO, 1998, p.63)

Acrescentando que isto não é relativo só à sociedade brasileira (e a autora o afirma em IAMAMOTO, 1982, 1992 e 2001), sendo intuito da autora deixar claro que nessa relação de compra e venda o/a assistente social molda sua inserção à realidade que o circunda. Neste sentido, os/as entrevistados/as foram indagados sobre diversas questões que constituem a materialização destas limitações.

A respeito da autonomia, ao serem questionadas/os, as/os profissionais relataram diversas situações de assédio moral no ambiente de trabalho (em maior medida entre as trabalhadoras do NASF). Desde pedidos de reformulação de estudos ou laudos sociais até perseguição nos espaços de trabalho. Foram relatadas também sansões por sair do posto

de saúde no horário de trabalho, sendo essas saídas destinadas às atividades da profissional na comunidade da qual é referência (articulação com a rede, promoção de encontros abertos à comunidade, visitas que não tinham sido agendadas previamente, e que surgiam de uma entrevista com um usuário). Uma das profissionais relatou ter recebido um aviso da direção do centro de saúde, na qual se estipulava que a profissional só poderia sair do espaço do centro de saúde com autorização previa da gerência. É importante frisar que na metade das entrevistas fora solicitado que se desligasse o gravador no momento de questionar sobre a relação com a gerência nos espaços de trabalho e a incidência no grau de autonomia para a elaboração de estratégias de atuação.

Ao mesmo tempo, chama a atenção o fato de que, mesmo sendo plenamente cientes da gravidade destas denúncias (assédio, sobrecarga de trabalho, incumprimento da lei de 30 horas de exercício para assistentes sociais, falta de recursos e espaço de trabalho) foi notória a exposição destes problemas desde a individualidade de cada profissional. Neste sentido, ao serem questionadas sobre a possibilidade de denunciar ou realizar ações coletivas de reflexão e questionamento dessas realidades, foi levantado a impossibilidade de “realizar mais reuniões” ou de mesmo ocupar os espaços disponíveis para o encontro específico da categoria.

Neste sentido, resulta pertinente retomar a Yamamoto, que afirma:

Ainda que dispondo de *relativa autonomia* na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, entidades não-governamentais que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. Ora, se assim é, a instituição não é um condicionante a mais do trabalho do assistente social. Ela organiza o processo de trabalho do qual ele participa. [...] o trabalho é a força de trabalho em ação e quando não se dispõe dos meios para realizá-lo, aquela força ou capacidade não se transforma em atividade, em trabalho. Como trabalhador assalariado, depende de uma relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada em troca de um salário, com instituições que demandam ou requisitam o

trabalho profissional (IAMAMOTO, 1992, p.63-64).

Assim, estes/as trabalhadores/as, tem sim uma referência teórico-metodológica, um posicionamento ideológico-político, um objetivo orientado por um projeto ético-político por trás de cada ação. Porém, todo esse alicerce faz parte do mesmo sujeito que deve vender sua força de trabalho para obter os meios de subsistência. Lembrando ainda que, como afirma Netto (em Mota [et al], 2009), a existência de um projeto ético político não suprime as divergências e contradições ao interior de uma categoria profissional.⁴⁰ A legitimidade profissional que fortalecerá esta autonomia relativa estará condicionada então, não só pela condição de trabalhador ou trabalhadora que precisa mediar entre os interesses da instituição empregadora e as próprias orientações, mas também pela capacidade do coletivo profissional como um todo de se organizar e disputar essa legitimidade.

Com isto, se busca trazer mais uma vez à tona todos os fatores envolvidos no exercício profissional para poder pensar os limites que este apresenta. Desta forma, retomando nossa pesquisa, um segundo indicador é o *respaldo institucional*. Com o apresentado até aqui, não chamará atenção o fato de que do total de entrevistadas/os, só uma indicasse que a gerência exerce um papel fundamental nos processos de trabalho interdisciplinares e de abertura à comunidade. Chamará menos atenção ainda que esse diretor, tenha sido punido pela hierarquia superior, sendo ameaçado de demissão e tendo pactuado a renúncia de direitos trabalhistas para poder manter o local de trabalho no posto de direção.

O resto dos/as profissionais afirma que a gerência desconhece qual é o papel do serviço social na saúde, ainda mais, como já foi levantado, ele incomoda, apresenta problemáticas que desde uma visão biomédica

⁴⁰ Sem entrar na discussão exaustivamente apresentada por Ana Maria de Vasconcelos (2011), é bom lembrar que há fatores que dificultam o processo de apropriação das disputas políticas desde o coletivo profissional e que excedem o posicionamento dos mesmos. Neste sentido, a autora chama a atenção às falências no ensino e de organização da categoria – e a apropriação da dimensão política nesta organização – o que se expressa nas dificuldades que profissionais autodenominados progressistas enfrentam na tentativa de realizar leituras críticas da realidade e problematizar as próprias estratégias de atuação, muitas vezes reproduzindo ações próprias de uma prática conservadora. Em palavras da autora, *uma prática criativa, inovadora, articulada aos interesses da população usuária não depende só do desejo e da opção teórica e política: desejo não é realidade* (VASCONCELOS, 2011, p.119).

da saúde, “pertencem a outra área”, “são questões da assistência”. Isto não só deixa a/o profissional numa condição de desigualdade na disputa por espaços e por direcionamento das abordagens em saúde, como também a dificulta ao exigir explicações e justificativas constantes de qualquer ação, como se o profissional estivesse constantemente em situação de falta. Isto se expressa em situações como a de se ter que justificar saídas do centro de saúde ou solicitar permissão, pese a existência de normativas, diretrizes e legislação específica, tanto da profissão quanto do dispositivo de atenção primária que estabelecem essas atividades como necessárias e parte das atribuições institucionais do/a profissional.

Na mesma tabela, podemos observar que no indicador *Definição de responsabilidades e atividades por parte da instituição*, as respostas oscilaram entre “o profissional que está no embate com a gestão” e “o salvador da pátria”. Estas realidades foram comuns tanto em Buenos Aires, quanto em Florianópolis. Se define ao serviço social, como aquela categoria que está para problematizar (no sentido de gerar problemas e carregar de responsabilidades a instituição), mas também como a que resolverá tudo aquilo que precise de algo mais que uma pílula e alguns exames.

Nesta linha, pensar a disponibilidade de recursos parece até uma obviedade. De que recursos pode dispor um profissional que incomoda? Alguém que não se sabe com muita certeza para que está? Como foi trabalhado na análise das tabelas 7 e 8, os/as profissionais não contam com as ferramentas mínimas para desenvolver seu trabalho. Isto é mais evidente em Florianópolis do que em Buenos Aires e essa evidência responde ao fato do profissional estar como referência de um distrito completo, o que envolve traslados e a inexistência de um espaço concreto e fixo de trabalho.

Desta forma, os/as profissionais encontram na delimitação institucional do seu trabalho mais um aspecto que contribui para a sobrecarga de trabalho, pois devem elaborar, além das estratégias de abordagem das problemáticas dos/das usuários/usuárias, as que serão utilizadas para contornar os empecilhos colocados em âmbito institucional para disputar espaços dentro da saúde.

**Tabela 11: Obstáculos reconhecidos por o/a profissional–
Indicadores: Autonomia – Respaldo Institucional – Disponibilidade
de recursos para atividades (Recursos humanos, materiais e
orçamentário)**

EIXO: LÍMITES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL			
SUB-EIXO	INDICADOR	TRECHO ENTREVISTAS NASF	TRECHO ENTREVISTAS CABA
Inserção institucional do/a profissional.	Autonomia	<p>“tem em partes[...] Vem relatório riscado, porque não concordou com o que você escreveu, essa questão institucional de assédio em termos de atuação [...] no dia a dia a gente tem autonomia, tem essas limitações e essas situações que também as vezes aparecem quando a gente atua ou a gente mexe em alguma coisa que a secretaria não aceita, autonomia relativa tenho o meu cronograma e consigo me organizar.” (AS 1)</p> <p>“autonomia, isso é tranquilo eu tenho autonomia total para definir minha forma de trabalho, pelo menos nunca recebi nunca intervenção, Às vezes tem que discutir casos sigilosos e não tem uma sala.” (AS 3)</p> <p>“de modo geral a gente tem algumas orientações de gestão, tem algumas portarias, algumas determinações, decretos que vão dando definições e partir daí a gente</p>	<p>“todo está mediado por la pequeñez de tu jefatura inmediata. una Trabajadora Social no puede trabajar detrás de un escritorio mi jefa me dejó una nota donde ella me quiere autorizar a donde ir (...) hay dificultad cuando vos estás en terreno haciendo alguna entrevista domiciliaria o haciendo algún mapeo de instituciones o realizando alguna entrevista –en el barrio o fuera de él- auditor, que es un tecnócrata, en realidad a él le importa pensar que vos estés de cuerpo presente. (...) el sistema de salud tiene sus rigideces con el tema de obediencia debida o de algunas normativas como que tenés que dar parte al inmediato superior hay espacios donde se puede construir, no es que está todo dicho o está todo limitado. “ (TS 1)</p>

		consegue ter uma autonomia relativa de organização do processo de trabalho” (AS2)	
	Respaldo institucional	<p>“Serviço Social fica no embate com a gestão. benefícios que a prefeitura ainda não disponibiliza e que é um direito de aquele usuário, ou seja, a gente sempre está correndo contra” (AS 2)</p> <p>eu preciso justificar todas as saídas, inclusive a gente tem isso na instrução normativa que define, por exemplo, quantidade de reuniões fora da unidade(AS4)</p>	<p>“la institución no sabe que es demanda espontánea. No sabe inclusive como optimizar el recurso humano(...) hubo un decreto de Macri que no permitió a los profesionales, tenían que ser profesionales médicos los que estuvieran a cargo de las direcciones de los CeSACs” (TS1)</p> <p>“la dirección, al principio, estuvo a cargo de una antropóloga, lo que facilitó bastante todo el tema del abordaje comunitario. Lo que pasó después es que (y acá pueden ver la relación entre la política, la política social y los abordajes posibles) hubo un decreto de Macri que no permitió a los profesionales, tenían que ser profesionales médicos los que estuvieran a cargo de las direcciones de los CeSACs, entonces esta persona que estaba propuesta, no pudo acceder a ese cargo. Hay un conflicto en otros CeSACs en los que Psicólogos que vienen trabajando hace</p>

			veinte años, no pueden concursar a éstos cargos por ese decreto. (...) que se esté armando recientemente permite construirlo desde esta perspectiva de CeSAC, no de médicos que vienen, atienden y nada más. Eso es lo que ha permitido... vamos a ver como sigue.”(TS2)
	Disponibilidad e de recursos para atividades (Recursos humanos, materiais e orçamentário)	<p>“primeiro obstáculo é, sou uma assistente Social pra atender 21 equipes com uma população de mais de 100.000 habitantes, maior número de áreas de interesse social, Segunda limitação é, a gente não tem acesso a nada, a saúde, ela não prevê acesso a nada Medicamento que é, que tem que ser aquele, a prefeitura não fornece, a gente tem que recorrer à ONGs, à outros serviços pra conseguir o acesso, pouquíssimas capacitações, cursos, enfim, são oferecidos para nossa área. limitação nessa questão de educação permanente” (AS 1)</p> <p>“O carro[...] não tem computador, porque o NASF não prevê que nós tenhamos um local próprio [...]“somos um profissional articulador” “não somos um</p>	<p>“Cada Institución funciona como funciona la cabeza de la institución. (TS 1)</p> <p>“esto del perfil de D no es gratis, tiene un costo, que lo trataron de correr mil veces, que él tiene un montón de gente en contra dentro del hospital, dentro del área programática, digamos no es sin costo esto de poder posicionarse desde la dirección y sí influye directamente en el funcionamiento de los equipos, pero para el arriba, no es que baja todo así y fluye naturalmente, es como todo un laburo y u costo personal.” (TS 3)</p>

		<p>profissional resolutivo” (AS 2)</p> <p>“você sabe que o assistente Social precisa de telefone, computador... Precisa ter acesso ao Info, que a gente tem o InfoSaude,[...] falta de carro.” (AS3)</p> <p>“Acho que o principal obstáculo é o numero de equipes de saúde da família por equipe NASF.” (AS4)</p>	
	<p>Definição de responsabilidades e atividades por parte da instituição</p>	<p>“ o Serviço Social é agitador que vai gerar demandas que eles não tem interesse[...] visão deles do Serviço Social é uma visão muito assistencialista Que eles acham que a gente não deveria estar na saúde. Se a gente estivesse na assistência já seria suficiente.” (AS1)</p> <p>“ em alguns locais eles acham que a gente é o salvador da pátria.(AS3)</p>	<p>“Institucionalmente hay una expresión de deseo, y si vos entrevistas a los jefes, te van a decir que los abordajes son multidisciplinares porque el sujeto es mirado en una perspectiva bio-psico-social, te lo van a repetir como un poema y te van a mostrar estadísticas de escuelas en donde los sujetos son mirados como objeto: pasan por odonto, se los ve como muelas, pasan por psicología, un test, por clínica, es un órgano, pasan por trabajo social...” (TS1)</p>
	<p>Relação entre as definições de problemáticas por parte da instituição e as demandas da</p>	<p>“parte do quantitativo a gente não consegue suprir por conta da especificidade do nosso, da nossa profissão.” (AS 2)</p>	<p>“a las instituciones las hacen los sujetos, entonces, no hacemos atención primaria. Ese es el problema: no hacemos atención primaria. ¿Qué</p>

	<p>população e da ESF</p>	<p>hacemos? Hacemos algo que no sabemos porque atención primaria, primero que la haces sola, sin la institución.</p> <p>es como muy subjetivo. Si vos sospichonita y entraste recién, la vas a pasar muy mal, porque nosotros tenemos la carrera hospitalaria, que es jerárquica, tenemos jefes que tiene el poder de sancionar, como cualquier jefe (...) Es permanente el recorte.</p> <p>Ideológicamente y desde las políticas centrales no hay una intención al trabajo comunitario, o el trabajo comunitario es entendido como una carpita amarilla que tome la presión y ya está, como que no se busca una construcción en la sociedad civil y las organizaciones, un fortalecimiento de las organizaciones sociales.”(TS 1)</p> <p>“dentro de todo en este centro de salud, hay un posicionamiento compartido. En otros lugares no pasan, se realizan acciones más fragmentadas Yo creo que, en realidad, es parte del trabajo interdisciplinario, es parte del perfil el poder</p>
--	----------------------------------	--

		<p>pensar el trabajo con otros, entonces es imposible separar “esto es red y esto no es red” Tiene que ver con el perfil y uno permanentemente recurre a otros referentes, a otros sujetos.” (TS2)</p> <p>“Nuestra situación es medio particular, em realidad todo lo que te voy a decir es bastante particular, pero al tener un jefe bastante afin a nuestra manera de pensar y de abordar la práctica, eso le da un perfil particular a la voz de nuestra profesión y sí, yo siento que, en líneas generales, nuestras propuestas son escuchadas De hecho D, que es el jefe, muchas veces se acerca primero a trabajo social y dice “chicas pasa esto ¿cómo les parece que lo podemos llevar adelante?” D es pediatra pero tiene una mirada muy desde lo social, con lo cual nuestra voz, sí, tiene mucha legitimidad en el equipo de salud en general y en la tarea en el centro de salud. Ahora, no es esto en todos los compañeros, digamos. Sí terminamos teniendo una voz importante,</p>
--	--	---

	<p>pero por esto de que es el perfil que le quiere dar D. Pero muchas veces hay resistencias por parte de compañeros de otras disciplinas, en líneas generales.” (TS 3)</p>
--	---

Fonte: Elaboração da autora com base nas entrevistas às/os profissionais de Serviço Social.

Até aqui foram apresentados os aspectos constitutivos do fazer profissional na atenção Básica nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis. Cenários que se apresentam como incomparáveis, mas que demonstram, mais uma vez, que as características que assume o serviço social responde mais do que ao entorno no qual o/a profissional desenvolve seu exercício, ao lugar que a categoria ocupa na divisão sociotécnica do trabalho, às formas que assumem as expressões contemporâneas da questão social (que pouco reconhecem a diferencia de alguns milhões de habitantes), a ciência da necessidade da organização política da categoria, tanto na disputa por diretrizes orientadoras do agir cotidiano, quanto das melhoras das próprias condições de trabalho.

Resta dizer que ao dividir esta análise nos três eixos propostos, se buscou pensar o exercício profissional como um complexo entrelaçado no qual se põem em jogo questões constitutivas do/a trabalhador/a-profissional nos termos de Iamamoto (2002) já levantados na sessão anterior. Uma trama que encontra na atenção básica um espaço concreto de análise para pensar nosso exercício cotidiano, mas que não se reduz à essa área, podendo ser pensadas várias das questões aqui levantadas em diversos espaços de atuação. Pois do que se tratou e deve se tratar é, como foi explicitado em vários momentos, de problematizar e desconstruir o fazer cotidiano a partir de experiências concretas, mas com base nos fundamentos teóricos que preenchem de sentido e orientação política cada estratégia desenvolvida no exercício profissional.

5. CONCLUSÃO

Difícil escrever algo que feche um texto que foi pensado para abrir. Abrir noções preconcebidas (pela autora), abrir ideias, abrir debates, abrir a cabeça para sair do lugar da queixa (mais uma vez, da autora). Entender a forma em que se desenvolve o fazer cotidiano de assistentes sociais no Brasil e na Argentina requer o exercício de uma escuta atenta e discussão aguerrida, pois quando se escreve sobre aquilo que se é, as paixões fazem parte. Requer olhar de onde vem tudo aquilo, mas também onde estamos parados neste momento. Sendo um dos intuitos deste trabalho compreender os processos de configuração da Política Social nas nossas geografias, a política de saúde, o processo mediante o qual se profissionaliza o Serviço Social e sua inserção na área da saúde - especificamente a Atenção Primária -, para assim poder dar um marco a partir do qual enquadrar e desconstruir nosso exercício profissional, e, ao mesmo tempo, elaborar estratégias de abordagens.

Assim, antes de mais nada, se faz necessário explicitar o momento político que estão atravessando os países, cenário da pesquisa que é base desta produção. A atual conjuntura política no Brasil e na Argentina expressa uma realidade não só regional quanto global, marcada pelo retrocesso nas conquistas de direitos e um forte avanço do conservadorismo no plano ideológico e político, dessa vez ocupando os máximos espaços de poder e condução, sem ter se valido para isto das forças militares e sua política de extermínio.

A atualidade nos depara com uma nova forma de Terrorismo de Estado. O medo disfarçado de emissário da paz, de quem vem trazer “alegria”⁴¹ e conciliação pela via de pactos macabros, que envolvem a retirada de direitos, recortes orçamentários em áreas base como assistência, saúde e educação, mas também a redefinição de pautas orientadoras das discussões sobre o papel do Estado e suas instituições a partir de uma doutrina que aglutina as doutrinas mais conservadoras: hoje definem nossas políticas representantes de igrejas e mercados e o fazem de cara lavada em nome do povo, dos trabalhadores e dos cidadãos de bem, como se tudo isso significasse o mesmo, num aparelhamento da sociedade, alimentado pelo crescente poder da mídia.

⁴¹ Desde o slogan de campanha do atual presidente da Argentina, que propunha “acabar com la grieta entre los Argentinos” e a “revolución de la alegría” até o “combate a corrupção” via impedimento da presidenta Dilma numa votação realizada por maioria de réus, inúmeros exemplos poderiam ser citados.

Claro está que, como tem se colocado até aqui, não deveria nos surpreender que o Estado seja o berço a partir do qual estes setores cresceram e se fortaleceram até chegar a situação que nos encontramos hoje. Se entendermos que o papel do Estado é o de maquiagem as contradições irreconciliáveis do sistema capitalista, isto não pode ser mais do que uma confirmação. Mas essa confirmação pode vir a ser ou sentença ou análise conjuntural. Essa diferença define a forma em que encararemos a realidade posta e para isso, a análise deve ser feita de forma crítica, buscando as responsabilidades próprias e alheias no caminho que precedeu a este desenlace.

A particularidade dos casos brasileiro e argentino resulta do papel que ocuparam a nível regional nos últimos doze anos. Os dois países representaram um papel de articuladores pioneiros (em grande parte pelo poder econômico que exerciam a nível regional), junto com a Venezuela, num movimento latinoamericanista que abria o começo do novo século com as promessas de unidade e independência para a região. Promessa que iludiu e deslumbrou nações que tinham séculos de sangue manchando essas premissas.

Foi nesse contexto em que esta produção foi pensada inicialmente. O auge do latino-americano, mas também o começo dos temores, pois esses mesmos governos teriam optado por projetos políticos e econômicos personificados nas imagens de Lula-Dilma no Brasil e Nestor-Cristina na Argentina, que abandonaram as promessas de Independência econômica de dois países endividados, a reforma agrária e tributária e a ampliação do Estado via política pública, bem como a unidade latino-americana como principal política internacional, mantendo apenas a ampliação do Estado em matéria de assistência (fortemente centrada em programas de transferência de renda) e o horizonte da unidade latino-americana. Porém, este horizonte fora afetado pelas fortes transformações e afastamentos das propostas iniciais, fortalecendo uniões de cunho econômico sobrepondo as iniciativas de uniões capazes de disputar a emancipação da região como um todo.

Dizer isto aqui é necessário, pois só podem ser apresentados os conteúdos que foram desenvolvidos nesta produção a partir do entendimento da finalidade dos mesmos: pensar os fundamentos que norteiam nosso exercício profissional e fazê-lo de forma a situá-lo num determinado lugar, num determinado momento histórico, numa articulação necessária entre a realidade imediata que demanda nossa ação e o processo que lhe deu lugar. Entender onde estamos para saber para onde vamos e como devemos fazê-lo. A explicitação da conjuntura na

qual se desenvolve a estratégia que vamos traçar é fundamental tanto para a abordagem das expressões da questão social, quanto da nossa própria organização como categoria em cada espaço. Pois nós também, somos antes de mais nada, trabalhadores e trabalhadoras.

É respaldada por essa linha de pensamento, que foi realizada uma caracterização do processo histórico que deu lugar às atuais configurações dos sistemas de saúde Argentino e Brasileiro, estabelecendo uma linha argumentativa na qual pudessem ser observados os pontos de encontro e divergência, numa construção que colocasse os dois cenários em paralelo, a fim de facilitar o foco em cada momento histórico e não no país em si, fortalecendo a ideia de que são os processos vinculados a dependência externa que marcaram o caminho percorrido pela política de saúde e as formas de atenção da mesma por parte do Estado, e não os limites geográficos ou de soberania.

Para que isto fosse possível, foi realizado já num primeiro momento um exercício de reflexão e posicionamento, no qual foram desenvolvidas categorias orientadoras da discussão como: Política Social, Estado, a disputa como condição intrínseca à definição de Política Social e necessidade. Neste sentido foi necessário localizar estas disputas, para que nos valêssemos do reconhecimento das condições de produção e inserção dos países no cenário internacional, conforme sinalizado pela teoria marxista da dependência. Uma vez esclarecidas estas categorias, foi estabelecido um percurso explicativo que teve começo no modelo de saúde vigente no processo de instauração do Estado-Nação, concomitante com a incorporação dos dois países ao processo de internacionalização do capital.

A partir daí foram abordadas as diferentes transformações que a abordagem estatal da saúde tem atravessado, passando do higienismo para uma tentativa de universalização do sistema a meados do século XX, esta última, cortada abruptamente e esvaziada pelos períodos de intermitência entre democracias e ditaduras, até chegar na configuração atual do Seguro Nacional de Saúde, no caso Argentino e no SUS, no caso Brasileiro, os quais foram caracterizados.

Posteriormente expusemos um novo eixo de análise, no qual a linha argumentativa explicita as particularidades da inserção e do exercício profissional dos/as Assistentes Sociais na área da saúde. Para isto, foi realizada uma descrição dos processos históricos que conformaram o processo de profissionalização do Serviço Social na América Latina, com foco no Brasil e na Argentina, num esforço de recuperar as origens do que seria um longo caminho de rupturas e

reconfigurações no interior da categoria profissional até chegar às características que revestem a forma atual do exercício profissional. Da mesma forma e continuamente, antes de dar início a discussão sobre o processo de profissionalização do Serviço Social e da inserção na área da saúde, foram levantadas as categorias que orientaram a discussão central. Assim, foram discutidas a Questão Social, o Trabalho, a forma da relação assalariada do trabalho e o valor deste na sociedade capitalista, quando e como a Questão Social se torna um “problema” que deve ser “atendido” pelo Estado e o processo de secularização que precedeu à profissionalização da assistência.

Posteriormente foi realizada uma caracterização da maneira em que se configuram a APS em Buenos Aires e em Florianópolis e a forma que assume a inserção dos/as Assistentes sociais nesta área. Pretendeu-se, assim, estabelecer uma aproximação não só com o campo onde a pesquisa se desenvolveu, como também com os/as protagonistas da mesma.

Por último, foi realizada uma análise das informações levantadas em campo e uma formulação das conclusões estabelecidas a partir da pesquisa. Retomando a questão colocada como problema objeto da pesquisa, a escrita foi orientada à apresentação da voz dos/das entrevistados/as no marco de uma análise em profundidade, direcionada pelas categorias antes apresentadas. As informações levantadas foram divididas em três eixos de análise a partir dos quais se realizou um questionamento das condições de trabalho desses/as profissionais, da abrangência e das limitações que enquadram a inserção dos/as profissionais na APS.

Neste sentido, ficou evidente a necessidade de pensar a extrema semelhança nas limitações reconhecidas pelos/as profissionais, que mesmo em cenários diferentes, coincidiram em dificuldades e obstáculos no trabalho ao interior das instituições. Neste contexto, se fez necessário retomar a discussão sobre autonomia relativa. Temos nos encontrado com profissionais que levam adiante uma luta cotidiana pela articulação dos determinantes institucionais, da sua condição de classe, e os alinhamentos teóricos e políticos que respaldam suas ações. Pensar a autonomia relativa não é uma questão menor nos tempos de regressão da Política Social e dos Direitos expressos nela, pois eles modificam diretamente as condições de vida dos e das trabalhadoras e trabalhadores (sejam usuários/as dos serviços ou administradores destes), e envolvem a necessidade intrínseca de repensar nossas estratégias de atuação que

orientarão nosso exercício e nossa possibilidade de articulação como categoria.

Só resta dizer que o objetivo por trás deste trabalho foi o de problematizar e desconstruir o fazer cotidiano a partir de experiências concretas, exercício que requereu um posicionamento da autora a partir da reflexão constante dos fundamentos que se definem como orientadores do exercício profissional. Os cenários apresentados, foram caracterizados a partir do que os *hermana*, mas com a consciência de que cada um guarda especificidades que precisaram ser explicitadas.

Como qualquer exercício reflexivo, este não se encontra finalizado. A partir daqui se estabelece uma pausa para pensar como e por onde é pertinente continuar a análise num complexo processo de questionamentos e aprendizados constantes, mas acima de tudo, de disputa e luta por definição da forma em que nos inserimos os espaços sócio-ocupacionais como trabalhadores e trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A.S.S. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ARGENTINA, Constitución (1994). **Constitución Argentina**. Promulgada em 22 de Agosto de 1994. Disponível em: http://www.senado.gov.ar/bundles/senadoparlamentario/pdf/institucional/constitucion_nacional_argentina.pdf. Acesso em: 15 de maio de 2015.

_____. Lei n. 23.660/1989, de 5 de janeiro de 1989. Obras Sociales. **Disponível em:** <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm> . Acesso em: 15 de maio de 2015.

_____. Lei n. 23.661/1989, de 5 de janeiro de 1989. Sistema Nacional del Seguro de Salud. **Disponível em:** <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

ASE, I, BURIJOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. **Revista Salud Colectiva**, Buenos Aires: 2009, p.27-47.

ALAYÓN, Norberto: **Hacia la Historia del Trabajo Social en Argentina**. Lima: CELATS, 1980.

ALAYÓN, Norberto (Organizador): **Trabajo Social Latinoamericano – A 40 años de la reconceptualización**. 2ª. Buenos Aires: Espacio Editorial ed. 2007.

BELMARTINO, S. Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad. In: TORRADO, S. (Org.). **Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario**. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

BEHRING, E. R. Desafios contemporâneos das políticas sociais. **Revista Katalysis**, v.14, n.1, 2011, p. 9-10.

BUENOS AIRES CIUDAD. Estadística y Censos. **Mapa de Regiones**

Sanitarias y Comunas. Año 2013. Disponível em: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=955>. Acesso em: 23 de março de 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 02 de abr. de 2015.

_____. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm . Acesso em: 04 de abr. de 2015.

_____. Lei nº 8.14/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm . Acesso em: 04 de abr. de 2015.

_____. Lei Complementar nº 141/2012, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm . Acesso em: 04 de abr. de 2015.

_____. **Decreto nº 7.508/2011**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Disponível em:**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm . Acesso em: 04 de abr. de 2015.

_____. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Disponível em:**

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm . Acesso em: 04 de abr. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Disponível em:** http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 de set. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Disponível em:** http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html . Acesso em: 15 de set. de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. **Disponível em:** http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: 15 de set. de 2015.

C.A.B.A. Ley nº 159/99, de 22 de Março de 1999. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. **Disponível em:** www.fmed.uba.ar/depto/medlegnew/LEYES%20LEGAL/ley_basica.do c. Acesso em: 15 de maio de 2015.

CARVALHO, R. de. Modernos agentes da justiça e da caridade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 2. 1980.

COMES, Y; STOLKINER, A. Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. **Anuario de Investigaciones**. Buenos Aires: vol.12, 2005, p.137-143.

CORTÉS, Rosalía; MARSHALL, Adriana. Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90. **Revista Desarrollo Económico**. nº 154. Buenos Aires: IDES, 1999. p. 195-212.

DANANI, Claudia: "Politización: ¿autonomía para el Trabajo Social? Un intento de reconstruir el panorama latinoamericano". In: **Revista Katálisis**. Vol. 9 núm. 2, Jul-Dez, 2006, pp. 189-199, Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. Algunas precisiones sobre la Política Social como campo de estudio y la noción de población-objeto. En: HINTZE, S. (coord). **Políticas sociales: contribución al debate teórico-metodológico**. Buenos Aires: CEA/UBA, 1996.

_____. La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. In: VIRGILIO, Magdalena Chiaray Mercedes Di. **Gestión de la política social. Conceptos y herramientas**. Buenos Aires: Prometeo – UNGS, 2009.

DONZELOT, Jacques. **La invención de lo social**. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas. Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**.

Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CIIE-FLACSO. **Determinantes Sociales de la Salud**. Disponível em: http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Man_Flacso/Modulo_1Parte1_Flacso_2011.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2014.

FLORIANÓPOLIS. Instrução Normativa nº 001/2010 de 14 de janeiro de 2010. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/17_05_2010_10.30.59.7f13826233ea784570aea600dd2f6f3a.doc. Acesso em: 17 de dez. De 2015.

GUERRA, Yolanda. Artigo, publicado originalmente nos Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000. Revisado e atualizado. Serviu como base para a palestra ministrada no Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, BH, maio, 2007, promovido pelo CRESS-6ª. Reg.

GRASSI, Estela: **La mujer y la profesion de asistente social. El control de la vida cotidiana**. Buenos Aires: Hvmantas. 1989.

_____. **Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: la otra década infame** (Tomo I). Buenos Aires: Espacio Editorial, 2006.

IAMAMOTO, Marilda. **Servicio Social y División del Trabajo**. Brasil: Cortez Editora, 2001.

_____. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Intervención profesional frente a la actual cuestión social. In: Severini, Sonia (coord.) **Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover la inclusión**. VIII Jornadas de Servicio Social. Ed. Espacio, Buenos Aires, 2002.

IAMAMOTO; CARVALHO, R. Relações sociais e serviço social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2014.

IANNI, Octavio. **A formação do Estado populista na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

ISUANI, Aldo. **Los orígenes conflictivos de la Seguridad Social Argentina**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1988.

KOSIK, K. **Dialéctica de lo concreto**. México, 1967. Disponível em: marxismocritico.files.wordpress.com/2012/05/dialecticadeloconcreto.pdf. Acesso em: 16 de fevereiro de 2016.

LENIN, V. I. **El Estado y la Revolución. La doctrina marxista y las tareas del proletariado en la revolución**. Caracas, Venezuela: Imprenta Universitaria UBV, 2006.

LEVISMAN, N; SÁNCHEZ CARAVACA, N. A. **Atención Primaria de La Salud: Estrategias entre lo urgente y lo importante**. Trabajo de investigación final. Carrera de Trabajo Social – Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Agosto de 2013.

LIMA SANTOS, Leila. **Una Parte de la Historia del Trabajo Social**. CELATS. Lima. 1984.

MANRIQUE CASTRO, Manuel. **De apóstoles a agentes de cambio**. Lima: CELATS, 1982.

MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. In: SADER, Emir (Org.). **Dialética da dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini**. Petrópolis: Vozes; Buenos Aires: CLACSO. 2000. p. 105-165.

MARX, K. **Miséria da Filosofia: Resposta à Filosofia da miséria, do sr. Proudhon**. São Paulo: Expressão Popular. Reimpressão, 2011.

_____. **Trabalho assalariado e capital & Salário, preço e lucro**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

_____. **O capital: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**.

3 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MINISTERIO DE SALUD. **Indicadores Básicos 2015**. Disponível em: <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/indiba2015.pdf>
Acesso em: 4 de maio. de 2016.

MINISTERIO DA SAÚDE. Portal Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acesso em: 12 de dez. de 2015.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Portal Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 13 de fev. de 2016.

MIOTO, R. C. T.; DALPRÁ, K. R.. **Serviços Sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS, Juiz de Fora. Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2012.

MOTA, A. E.. **Cultura da Crise e Seguridade Social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.

OLIVA, Andrea: **Trabajo Social y Lucha de Clases**. Buenos Aires: Imago Mundi, 2007.

OLIVA, Andrea; MALLARDI Manuel (Org.). **Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social**. Disponível em: <https://goo.gl/qGfU9r>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude->

omswho.html Acessado em: 20 de julho de 2014.

OPAS. **Declaração de alma-ata. Conferência** Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> Acesso em: 20 de fev. de 2016.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista y Servicio Social**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. MOTA, A.E. [et al.], (Orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. Ed. – São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Lígia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-393

PASTORINI, Al. ¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría concesión-conquista, em: MONTAÑO C; Borgianni, E. (Orgs) **La política social hoy**. San Pablo: Cortez, 2000.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Mapoteca Digital. **Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis (Julho 2013)**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=mapas+2013&menu=6>. Acesso em: 10 de jun. de 2015.

SIQUEIRA DA SILVA, José Fernando. **Serviço Social: Resistência e emancipação?** São Paulo: Cortez, 2013.

SOARES, L. T. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. Coleção Questões de Nossa época nº78. São Paulo: Cortez, 2009.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Revista Katalysis**, v.14, n.1, 2011, p.104-115.

TOPALOV, C. **La urbanización Capitalista**: Algunos elementos para su análisis. Mexico: Edicol, 1979.

TORRADO, S. Estrategias de desarrollo, estructura social y movilidad. In: TORRADO, S. (comp): **Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario (Tomo I)**. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

VALENCIA, A. **Reestruturação do mundo do trabalho: superexploração e novos paradigmas da organização do trabalho**. Uberlândia: EDUFU, 2009.

6. APÊNDICES

6.1 APÊNDICE I: GUIA DE ENTREVISTA – Destinatário: assistentes sociais do NASF

A) **Inserção profissional na área de saúde**

Legitimidade institucional

Como estão conformadas as equipes de trabalho na Atenção Básica?

Que lugar ocupa o Serviço Social nas equipes?

Na sua experiência, entende que a profissão ocupa um lugar de referência equivalente às demais profissões que integram as equipes de trabalho?

Para que temáticas é consultado com maior frequência?

Que grau de incidência, no seu entendimento, tem as propostas realizadas desde a área de Serviço Social nas questões vinculadas à organização e forma de abordagem das problemáticas em geral do Centro de Saúde?

Condições de trabalho

Baixo que modo se encontra contratado? (concurso público, processo seletivo, contrato temporário).

Que características assume esse tipo de contratação? (direitos reconhecidos).

Quantas horas semanais trabalha?

Como se organizam estas horas (saídas a campo, formação, trabalho no Centro de saúde).

Recebe salário equivalente a outras áreas com o mesmo nível de formação?

Como define suas condições de trabalho?

B) **Abrangência da atuação profissional:**

Forma em que se desenvolve o exercício cotidiano

Que atividades são responsabilidade da área de Serviço Social?

Como se desenvolvem estas atividades?

Quais características diferenciam a atenção básica dos outros níveis de atenção de saúde na área de serviço social?

Forma em que acontece a aproximação com os usuários

Existem espaços de atenção individual específicos do Serviço Social?

De que maneira são atendidas as demandas individuais?

Como se definem as demandas e atividades privativas da área de Serviço Social?

Que elementos são ponderados na delimitação das demandas a serem atendidas?

A que critérios, concepções responde essa definição das demandas?

Que tipo de estratégias de intervenção são predominantes?

Que nível de participação da comunidade existe nas instâncias de definição das problemáticas a serem atendidas?

Em caso de existirem, como se organizam esses espaços coletivos de definição das problemáticas?

Com que atores se estabelecem esses espaços?

Que tempos institucionais se destinam a esses objetivos?

Que nível de participação existe nas instâncias de resolução de problemáticas?

Demandas recorrentes

Como constroem os sujeitos- usuários/as suas demandas (como demandas pontuais, como problemáticas mais amplas, etc.)?

Quais são as demandas mais recorrentes (motivos pelos quais solicitam a atenção do/a Assistente Social)?

C) Limites da atuação profissional

Obstáculos reconhecidos por o/a profissional.

Você reconhece obstáculos para realizar seu trabalho?

Possui autonomia para tomar decisões sobre a forma de organizar seu trabalho?

Conta com apoio institucional para atividades que envolvam a articulação em rede?

Com que recursos materiais conta para realizar seu trabalho?

Esses recursos são destinados de forma equitativa para todas as áreas?

Existe alguma porcentagem no orçamento destinado a atividades específicas do serviço Social?

D) Delimitações institucionais da atuação

Foco na coordenação de cada unidade

Que se espera do trabalho dos/as profissionais?

Que relação existe entre as delimitações do/a profissional sobre os possíveis problemas a serem abordados pela instituição e aqueles delimitados pela direção do Centro de Saúde?

Outras questões que o/a entrevistado/a entenda importantes para a pesquisa.

6.2 APÉNDICE II: GUÍA DE ENTREVISTA – Destinatario: Trabajador/a Social CABA

Entrevistas realizadas em 2013

A) Estrategias de intervención en carácter de urgencia en la “Demanda espontanea”

Construcción y delimitación de las problemáticas a abordar.

*Definición de la problemática elaborada por los
sujetos(usuarios/as)*

¿Cómo construyen los sujetos- usuarios/as sus demandas(como demandas puntuales, como problemáticas más amplias, etc.)?

¿Cuáles son las demandas más frecuentes en el dispositivo de demanda espontanea?

*Delimitación del problema objeto de intervención por parte de
el/la trabajador/a social.*

¿Cómo se construye el problema objeto de intervención desde el
área de Servicio Social?

¿Qué elementos son tenidos en cuenta a la hora de esta
delimitación del problema?

¿Qué papel juegan las limitaciones institucionales- en caso de que
sean variables tenidas en cuenta- en cuanto a tiempos, recursos, etc., en
la misma?

*Delimitación institucional de las problemáticas susceptibles de
ser abordadas en la modalidad de “demanda espontanea”.*

¿Qué problemáticas se atienden en el dispositivo de demanda
espontanea?

¿A qué criterios, concepciones responde esa selección de
problemáticas a nivel institucional?

¿Qué características tiene el dispositivo de demanda espontanea?

¿Qué relación existe entre las delimitaciones de los posibles
problemas a ser abordados en la demanda espontanea por parte del
profesional y los delimitados por la institución?

**Estrategias de intervención acordes a las construcciones y
delimitación de dichas problemáticas.**

Demanda explícita de una intervención determinada por parte de los sujetos(usuarios/as)

¿Cuáles son las principales intervención que demandan los/as usuarios/as?

¿En qué medida los/as usuarios/as demandan intervenciones predefinidas por ellos/as o esperan que el/la profesional los oriente?

Estrategias de intervención elaboradas por el/la trabajador/a social.

¿Cuáles son las principales estrategias de intervención elaboradas en el dispositivo de demanda espontanea?

¿Cómo se conjugan- si es que lo hacen- estas y la A.P.S?

¿En qué medida, nivel, posibilidades se articula con redes, organizaciones, instituciones barriales y/o comunitarias?

¿Cómo se manejan los recursos institucionales disponibles en el marco de estas estrategias de intervención?

Conjunto de respuestas disponibles desde la institución para las problemáticas que define como susceptibles de ser abordadas en la modalidad de “demanda espontanea”.

¿Cuáles son los recursos disponibles institucionales para dar respuesta a las demandas que la misma delimita como susceptibles de ser abordadas en el dispositivo de la demanda espontanea?

¿Qué nivel de permeabilidad presenta la institución a la articulación con redes, organizaciones, instituciones barriales y/o comunitarias?

B) Estrategias de intervención desde el trabajo comunitario, orientado al mediano y largo plazo.

Articulación con instituciones y organizaciones barriales.

¿Qué nivel de participación y presencia hay a nivel institucional en redes barriales, articulación con organizaciones comunitarias, del barrio, etc.?

¿Qué nivel de participación y presencia hay desde el profesional en redes barriales, articulación con organizaciones comunitarias, del barrio, etc.?

Intervención orientada a la participación comunitaria en la definición y resolución de las problemáticas a mediano y largo plazo tanto desde la institución como desde el/la trabajador/a social.

Construcción de problemáticas de forma colectiva y desde una perspectiva comunitaria a mediano y largo plazo.

¿Qué nivel de participación existe- de haberlo- en instancias de construcción de problemáticas de forma colectiva en una perspectiva comunitaria?

¿Cómo se trabaja la construcción de problemáticas a mediano y largo plazo-en caso de hacerlo-?

¿Con qué actores intra y extra institucionales se articula?

¿Qué espacios y tiempos institucionales se utilizan para dichos objetivos?

Resolución de dichas problemáticas de forma colectiva desde una perspectiva comunitaria.

¿Qué nivel de participación existe- de haberlo- en instancias de resolución de problemáticas de forma colectiva en una perspectiva comunitaria?

¿Cómo se trabaja la resolución de problemáticas a mediano y largo plazo-en caso de hacerlo-?

¿Con qué actores intra y extra institucionales se articula?

¿Qué espacios y tiempos institucionales se utilizan para dichos objetivos?

Trabajo intrainstitucional que puntale la construcción del abordaje comunitario como una modalidad posible y deseada.

¿Cómo se trabaja y en que instancias la noción de salud desde la APS en la institución?

¿Qué espacios y tiempos se le dedican a esto?

¿Quién se responsabiliza de su planificación y ejecución?

¿Qué actores intra y extra institucionales participan?

C) Tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontánea y el trabajo comunitario a mediano y largo plazo.

Características que asume la tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontánea y el trabajo comunitario a mediano y largo plazo.

Relación Institucional

¿Cuáles son los principales facilitadores que la institución en este carácter proporciona?

¿Cuáles son los principales obstaculizadores que la institución en este carácter proporciona?

¿Qué nivel de autonomía relativa puede ejercer en la institución?

¿Qué condicionamientos tanto gremiales como profesionales percibe que la institución propicia?

Condiciones de trabajo del trabajador/a social

¿Cómo caracteriza sus condiciones de trabajo en tanto profesional asalariado teniendo en cuenta lo gremial y lo profesional?

¿Cuál es el margen de tiempos y espacios destinados al trabajo comunitario extra institucional que contempla su trabajo remunerado?

¿Tiene seguro y ART contemplado para las salidas necesarias dentro de la lógica del trabajo comunitario?

Estrategias de resolución de la tensión existente entre la urgencia de la intervención en la demanda espontánea y el trabajo comunitario a mediano y largo plazo.

¿Qué elementos, criterios, conceptos, categorías se ponen en juego a la hora de definir estrategias de intervención a corto, mediano o largo plazo?

¿Cómo pondera este tipo de estrategias de intervención?

¿Cree que existe una tensión entre la urgencia de la demanda espontánea y el trabajo comunitario? ¿Cómo se expresa?

¿Cómo resuelve esta tensión? ¿Qué articulaciones, si es que las hay, propicia, entre ambas?

APÊNDICE III

Questionário Complementar – trabalhador/a social CABA

Inserción profesional en la Atención Primaria de la Salud

Legitimidad institucional

¿Cómo están conformados los equipos de trabajo del Centro de Salud del cual forma parte?

Basado/a en tu experiencia como trabajadora social, ¿Qué lugar ocupa la profesión dentro del equipo de trabajo? ¿Usted entiende que el trabajador social es tomado como referencia o que tiene una incidencia equivalente a las demás profesiones con las que trabaja?

¿Qué grado de incidencia poseen las propuestas realizadas por el área de Servicio Social en cuestiones vinculadas a la forma de abordaje de las diversas problemáticas que llegan al CeSAC?

Condiciones de trabajo

¿Bajo qué modo de contratación se encuentra?

¿Qué características asume ese tipo de contratación? ¿Qué derechos reconoce?

¿Cuántas horas semanales trabaja?

¿Cómo se organizan estas horas? (salidas al territorio, formación, trabajo en el centro de salud, etc.).

¿Recibe un salario equivalente al de otros/as profesionales del equipo con el mismo nivel de formación?

¿Cómo define sus condiciones de trabajo?

6.3 APÊNDICE IV: DECLARAÇÃO TRABALHADOR/A SOCIAL CABA: VIGÊNCIA DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS EM 2013

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de de 2016

Por la presente, hago constar que las informaciones presentes en las entrevistas realizadas por Nalá A. Sánchez Caravaca DNI: 33.132.326, en el año 2013, como parte del material constitutivo del trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires titulada: “*Atención Primaria de la Salud: entre lo urgente y lo importante*” mantienen su vigencia y autorizo su utilización para la investigación: “*Procesos de trabajo en la Atención Básica de la Salud: un análisis de la realidad del trabajo social porteño y florianopolitano*”.

Firma

Aclaración

DNI

6.4 APÊNDICE V: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio deste documento você está sendo convidada a responder o questionário que faz parte da pesquisa “*Exercício profissional na atenção básica da saúde: uma análise a partir das realidades do serviço social portenho e florianopolitano*” que tem como objeto o exercício profissional dos/as Assistentes Sociais na contemporaneidade a partir de experiências de atuação na Atenção Primária de Saúde (APS) nas cidades de Buenos Aires e Florianópolis. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Nalá Sánchez Caravaca, como parte da construção da dissertação de Mestrado em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSS). Ao mesmo tempo, este estudo compõe a pesquisa “*A intersetorialidade na garantia do direito à saúde: desafio para a intervenção dos assistentes sociais*” sob a coordenação da Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá. A mesma, propiciará o acesso a informações chave para o entendimento das formas em que se configura o exercício profissional do Serviço Social na APS na cidade de Florianópolis/SC – Brasil.

O presente termo assegura os seguintes direitos:

- a) Garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre todos os procedimentos empregados em sua realização;
- b) Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa;
- c) Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando absoluta privacidade;
- d) Opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido.

Você está recebendo uma cópia deste termo em que constará o telefone da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas, a qualquer momento, sobre o projeto e sua participação.

“Eu, _____ portador do RG nº _____, declaro que, após conveniente esclarecimento prestado pela pesquisadora e ter entendido os objetivos da pesquisa, consinto voluntariamente em colaborar para realização desta e concordo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados na realização da mesma. Informo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi feito em duas vias, sendo que uma delas permaneceu comigo.

Florianópolis, de de 2015.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Pesquisador principal

Contato:

Pesquisadora: Nalá A. Sánchez Caravaca

Tel: (48) 9910 2284 – (48) 3236 2782

Email: nalaayalen@gmail.com

6.5 APÊNDICE VI: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento se lo/la invita a responder el cuestionario como parte de la investigación "PROCESOS DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD: UN ANÁLISIS DE LA REALIDAD DEL TRABAJO SOCIAL PORTEÑO Y FLORIANOPOLITANO". La misma tiene como objetivo analizar las características que adquieren los procesos de trabajo de los/las trabajadores/as sociales en la contemporaneidad a partir de experiencias de actuación en la Atención Primaria de Salud (APS) en las ciudades de Buenos Aires y Florianópolis.

Esta investigación será desarrollada como parte de la construcción de la tesis de Maestría en Trabajo Social, del programa de postgrado en Trabajo Social de la Universidad Federal de Santa Catarina, del cual soy estudiante. Al mismo tiempo, este proyecto forma parte de la investigación "INTERSECTORIALIDAD EN LA GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD: UN RETO PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES" bajo la coordinación de la Profesora Dr. Keli Regina Dal Prá. La misma, facilitará el acceso a información clave para la comprensión de la forma en que se configura el ejercicio profesional del Trabajo Social en la atención básica de la salud, en la ciudad de Florianópolis/SC - Brasil.

Este término garantiza los siguientes derechos:

A) Garantía de que serán realizadas todas las aclaraciones necesarias antes y durante el curso de la investigación, sobre todos los procedimientos empleados en su consecución;

B) Libertad de negarse a participar o retirar su consentimiento en cualquier fase de la investigación;

C) Garantía de confidencialidad de los datos surjan en la investigación, garantizando una absoluta privacidad;

D) Opción para solicitar que determinadas declaraciones y/o declaraciones no sean incluidas en ningún documento oficial, la cual será respondido con prontitud.

Usted recibe una copia de este término en el que se incluye el teléfono de la investigadora, a quien podrá comunicar sus dudas para ser esclarecidas en cualquier momento, sobre el proyecto y su participación.

“Yo, _____ portador de DNI n° _____, declaro que, habiendo entendido los objetivos de la investigación citada, consiento voluntariamente en colaborar para la realización de ésta y concuerdo con que los datos por mí fornecidos sean utilizados en la realización de la misma. Comunico que este consentimiento informado fue realizado en dos copias, siendo que una de ellas permaneció conmigo.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de
de 2016.

Firma declarante

Firma investigadora

Contacto:

Nalá A. Sánchez Caravaca

Tel: (0055 48) 9910 2284 – (0055 48) 3236 2782

Skype: nalaayalen

Email: nalaayalen@gmail.com